FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

N° 116.

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 2 juin 1870,

PAR LÉON PISSOT,

Né à Saumur (Maine-et-Loire).

Ex-interne de l'Hôtel-Dieu d'Angers,
Externe des hôpitaux de Paris,
Lauréat (Prix de 2e et 3e année de l'Ecole de médecine d'Angers,
Ancien préparateur de chimie à la même Ecole.

DE LA SUTURE

DE L'INTESTIN GANGRENÉ

DANS LA HERNIE ÉTRANGLÉE

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 31

1870

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Doyen, M. WURTZ.

Professeurs.	MM.
Anatomie	SAPPEY.
Physiologie	LONGET.
Physique médicale	GAVARRET.
Chimie organique e' chimie minérale	WURTZ.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	N.
Pathologie médicale	AXENFELD. HARDY.
Pathologie chirurgicale	DOLBEAU. VERNEUIL.
Anatomie pathologique	VULPIAN.
Histologie	ROBIN.
Opérations et appareils	DENONVILLIERS.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	GUBLER.
Hygiène	BOUCHARDAT.
Médecine légale	TARDIEU.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés	PAJOT.
Pathologie comparée et expérimentale	BROWN-SÉQUARD. (Chargé de cours)
Clinique médicale	BOUILLAUD. SÉE (G.). LASÈGUE. BÉHIER.
Clinique chirurgicale	LAUGIER. GOSSELIN. BROCA. RICHET.
Clinique d'accouchements	DEPAUL.

Doyen honoraire, M. le Baron PAUL DUBOIS.

Professeurs honoraires :

MM. ANDRAL, le baron JULES CLOQUET, CRUVEILHIER, DUMAS et NÉLATON.

Agrégés en exercice.

MM. BAILLY.	MM. DESPLATS.	MM. JACCOUD.	MM. PAUL.
BALL.	DUPLAY.	JOULIN.	PÉRIER.
BLACHEZ.	FOURNIER.	LABBÉ (LÉON).	PETER.
BUCQUOY.	GRIMAUX.	LEFORT.	POLAILLON.
CORNIL.	GUYON.	LUTZ.	PROUST.
CRUVEILHIER.	ISAMBERT.	PANAS.	RAYNAUD.
DE SEYNES.			TILLAUX.

Agrégés libres chargés de cours complémentaires.

Cours clinique des maladies de la peau	MM. *N.*
— des maladies des enfants	ROGER.
— des maladies mentales et nerveuses	*N.*
— de l'ophthalmologie	*N.*
Chef des travaux anatomiques	Marc SÉE.

Examinateurs de la thèse.

MM. DENONVILLIERS, *président;* RICHET, RAYNAUD, BUCQUOY.

M. LE FILLEUL, *Secrétaire.*

Par délibération du 7 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE

DE MON PÈRE

A MA BONNE MÈRE

A MA SOEUR & A MON FRÈRE

A MON ONCLE LE DR TRUDEAU

MÉDECIN PRINCIPAL A L'ÉCOLE DE CAVALERIE DE SAUMUR,

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR.

A TOUS CEUX QUI M'AIMENT

PARENTS, AMIS, CAMARADES.

AUX PROFESSEURS DE L'ÉCOLE D'ANGERS

A MES MAÎTRES

M. LE DOCTEUR DAVIERS

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE
ET DIRECTEUR DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE D'ANGERS,
CHIRURGIEN EN CHEF DES HÔPITAUX,
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR.

M. LE DOCTEUR FARGE

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE,
MÉDECIN EN CHEF DES HÔPITAUX,
DIRECTEUR DE L'ÉCOLE D'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR,

A M. LE DOCTEUR DENONVILLIERS

PROFESSEUR DE MÉDECINE OPÉRATOIRE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS,
MEMBRE DE L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE,
INSPECTEUR GÉNÉRAL DES FACULTÉS ET ÉCOLES DE MÉDECINE DE FRANCE,
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR.

A MON CHEF DE SERVICE

M. LE DOCTEUR LAUGIER

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS,
MEMBRE DE L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE,
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR.

A M. LE DOCTEUR RICHET

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS,
CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL DES CLINIQUES,
MEMBRE DE L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE,
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR.

DE LA SUTURE

DE

L'INTESTIN GANGRENÉ

DANS LA HERNIE ÉTRANGLÉE

Ce sujet est un des plus intéressants de la chirurgie.

LOUIS (*Mém. de l'Acad. roy. de chirurgie*, tom. III.)

INTRODUCTION

Mon intention est d'étudier dans ce travail les divers modes de traitement employés par les chirurgiens, quand, dans l'opération de la hernie étranglée, ils ont eu affaire à la gangrène de l'anse intestinale. Cette question est certainement l'une des plus importantes de la chirurgie, et, pour le démontrer, je ne puis mieux faire que de citer les paroles de Louis, qui sont aussi vraies aujourd'hui qu'il y a cent ans, parce que les circonstances sont toujours les mêmes. C'est, en effet, en 1778, qu'au commencement de son *Mémoire sur la cure radicale des hernies avec gangrène*, l'illustre secrétaire de l'Académie royale de chirurgie s'exprimait en ces termes :

« Non-seulement le traitement qui convient particulièrement dans les différentes circonstances n'a pas été

réduit en méthode, mais la différence même de ces circonstances, sur la connaissance desquelles les règles les plus positives doivent êtres établies, ne paraît pas avoir été suffisamment remarquée par les observateurs et par les praticiens. Ce sujet est néanmoins un des plus intéressants de la chirurgie, tant par la nature de l'accident, que parce qu'il se rencontre fréquemment dans la pratique. Il est donc essentiel de juger exactement l'état du malade, et d'en faire la distinction d'une manière non équivoque, puisque la conduite qu'on doit tenir dans certains cas est si différente de celle que d'autres exigent. »

Aujourd'hui, si, grâce aux immortels travaux des membres de l'ancienne Académie de chirurgie, et surtout aux belles recherches de Scarpa sur le mode de guérison de l'anus contre nature, tous les chirurgiens s'accordent pour admettre l'ouverture de l'intestin et l'établissement d'un anus artificiel dans les cas de gangrènes confirmées et étendues de l'anse herniaire, il n'en est plus de même quand il s'agit de certaines particularités, par exemple, de la conduite à tenir dans les cas d'eschares limitées ou de petites perforations de la paroi intestinale, et récemment encore (1) nous avons vu plusieurs séances de la Société de chirurgie employées à la discussion de ce point litigieux. C'est à propos des opinions si diverses et si souvent opposées des chirurgiens et des auteurs qui ont traité ce sujet, qu'on peut dire sans crainte d'erreur : *quot capita, tot sensus*.

Rechercher parmi cette multiplicité et cette diversité de sentiments ce qui doit être accepté, critiqué ou

(1) **Bulletin de la Société de chirurgie, 1861, 2e série. Tom. II.**

repoussé impitoyablement ; en un mot, faire tous les efforts possibles pour jeter un peu de jour sur cette confusion, et éclairer le chirurgien dans la marche à suivre en présence de la gangrène intestinale, telle est la première moitié de notre tâche. En second lieu, nous chercherons après avoir réuni et examiné scrupuleusement les cas dans lesquels la suture de l'intestin a été employée, après avoir recueilli l'une après l'autre les opinions des auteurs, quel parti on peut tirer de ce mode de traitement qui *à priori* paraît si rationnel dans certaines circonstances bien déterminées.

DIVISION DU SUJET.

Je suppose donc que dans l'opération de la hernie étranglée, le chirurgein se trouve en présence de la gangrène de l'intestin. A l'ouverture du sac, il l'a reconnue aux signes qui la caractérisent réunis en plus ou moins grand nombre, suivant l'étendue de la désorganisation. La coloration feuille-morte, grise ou noire, le ramollissement et la friabilité des tuniques intestinales, la flaccidité de l'anse herniée, la sensation de froid perçue par la main qui l'explore, lui ont fourni les premiers renseignements. Puis il a pressé entre deux doigts la paroi de l'organe, et le suintement d'un liquide jaunâtre qui n'est autre que le liquide intestinal, vient lui donner la complète certitude de cette complication si grave de l'étranglement herniaire. Dès lors qu'elle doit être sa conduite? Au point de vue qui nous intéresse, à savoir, le traitement, et aussi le pronostic que nous devons prendre en grande considération, ce qu'il importe de rechercher,

c'est l'étendue des désordres produits par la mortification, ce sont les limites de l'eschare.

Deux cas principaux peuvent d'abord se présenter : ou bien la désorganisation est limitée à la portion de l'intestin sortie de l'abdomen, et que les yeux peuvent explorer à leur aise ; ou bien elle s'étend plus ou moins derrière l'anneau constricteur sur l'intestin resté dans la cavité péritonéale. Donc, d'un côté, connaissance exacte de l'étendue de la gangrène, et de l'autre, incertitude complète de ses limites derrière l'étranglement sur les portions supérieure et inférieure de l'anse intestinale.

Voyons maintenant ce qu'il résultera pour le pronostic et le traitement de ces deux états opposés. Dans le premier, le pronostic est relativement favorable, quoique le malade soit toujours sous l'imminence de la péritonite si fréquente, même dans l'étranglement simple; mais, si je parle ainsi, c'est que je compare le pronostic dans ce cas, au second état dont la gravité est extrême. Quant au traitement, il est efficace, rationnel et approprié à l'étendue de la lésion : c'est, suivant les circonstances, l'ouverture de l'intestin suivie de pansements simples, l'établissement d'un anus artificiel, ou les divers procédés de suture. Dans le second cas, les choses sont bien différentes. Pour juger de la gravité du pronostic, il suffit de songer que, s'il ne se forme pas d'adhérences entre le péritoine qui recouvre l'anse intestinale et celui qui tapisse la face interne de la paroi abdominale, l'épanchement inévitable des matières dans le ventre à la suite de la chute de l'eschare, amène une péritonite foudroyante qui emporte le malade en quelques heures. Dans ce cas, le seul moyen de traitement

qui soit en notre pouvoir est l'ouverture de l'intestin, mais comme cette ressource est pauvre et impuissante ! L'intestin ouvert, ou bien les matières accumulées dans la partie supérieure de la cavité digestive s'écoulent facilement au dehors, et les accidents de rétention sont conjurés; mais, si la gangrène de la paroi derrière l'étranglement est confirmée, l'élimination de l'eschare avec ses conséquences n'en est pas moins inévitable : ou bien, si, malgré l'ouverture de l'intestin, la coarctation excessive de l'anneau constricteur ne permet pas la libre sortie au dehors des matières intestinales, force est, ou de dilater, et dans cette manœuvre combien il est facile de déchirer la paroi intestinale ramollie ! ou de débrider, et alors le bistouri, en coupant l'anneau, même par le procédé d'Arnaud, a beaucoup de chances de perforer l'intestin désorganisé. Que conclure de ces considérations ? Le but de ce travail étant l'étude de la suture appliquée à la gangrène herniaire, et ce mode de traitement n'étant possible que dans les cas de gangrène accessible à la vue, occupons-nous seulement de ces cas, et examinons combien, au point de vue des moyens thérapeutiques, on peut admettre de degrés dans l'étendue de la gangrène, quelles méthodes les auteurs ont suivies ou recommandées dans ces divers degrés; puis, considérons spécialement la suture, recherchons dans quelles circonstances et de quelle manière elle a été employée à mesure que la chirurgie a progressé, et tâchons de faire découler de cette étude les indications et les contre-indications positives et pratiques de ce genre de traitement.

Pour cela, je commencerai par admettre trois degrés principaux dans l'étendue de la gangrène de l'anse her-

niaire. Dans le premier, la mortification est très-restreinte et l'eschare n'a pas plus de 5 millimètres. Dans le second la gangrène est étendue; l'eschare a des dimensions plus ou moins grandes, et, sous ce rapport, il est utile de faire deux subdivisions dans ce degré : dans la première, la grandeur de l'eschare se rapprocherait de celle de l'eschare du premier degré et ne s'étendrait pas au delà de 10 à 12 millimètres; dans la seconde, l'eschare aurait des diamètres très-variés, intermédiaires à cette dernière limite et à la désorganisation complète du troisième degré. Dans ce troisième degré, en effet, l'anse intestinale est sphacélée dans sa totalité, et l'eschare a pour limites le lien constricteur.

I

Examinons d'abord ce cas extrême, car sous le rapport du traitement il n'y a pas le moindre doute, le seul moyen pratique, sûr et efficace est l'ouverture de l'intestin, s'il ne s'est déjà ouvert spontanément par la chute de l'eschare, et la création d'un anus contre nature. Ce n'est pas que, même dans ces cas, on n'ait pensé à la suture : non-seulement elle a été conseillée, mais elle a été employée un assez grand nombre de fois, et cela peut-être dès une haute antiquité. On ne s'est même pas toujours soumis, dans son emploi, à cette règle expresse, dictée par la raison, qui réprouve la suture, toutes les fois qu'il existe des adhérences entre l'intestin et le collet du sac. On est allé jusqu'à briser ces adhérences pour mobiliser l'anse intestinale, la su-

turer et la repousser dans le ventre. Voyons rapidement comment se sont comportés les chirurgiens, quand ils se sont trouvés en présence d'une gangrène de l'anse intestinale tout entière; nous verrons ensuite ce que, nous, nous aurons à faire.

Les anciens, quand ils avaient à traiter la *pourriture* de l'intestin dans le cas de hernie étranglée, se contentaient, que l'intestin fût ouvert, ou que l'eschare ne fût pas encore tombée, d'appliquer des fomentations aromatiques et animées; le vin presque toujours formait la base des infusions dont ils imbibaient leurs compresses. Les débris de l'eschare étaient-ils mêlés dans le sac aux matières stercorales sorties de l'intestin, ils lavaient, détergaient soigneusement le sac et la plaie extérieure, et appliquaient leurs fomentations. L'intestin n'était-il pas encore perforé, ils attendaient l'élimination de la partie mortifiée, mais ils ne l'ouvraient jamais. Quant aux deux bouts de l'anse herniée, ils ne s'inquiétaient point s'il n'existait pas d'adhérences au collet du sac, de les retenir à l'orifice de l'anneau pour prévenir leur retrait dans le ventre. Ce n'est qu'en 1700 que, dans les *Mémoires de l'Académie royale des sciences*, Littré fit connaître sa conduite dans un cas de ce genre, et posa nettement la règle de fixer l'intestin dans la plaie; mais il ne s'occupa que du bout supérieur. Ainsi, il emporta la partie gangrenée, assujettit le bout supérieur à l'anneau par trois pointes d'aiguille, et lia le bout inférieur. Vingt-trois ans plus tard, dans les mêmes *Mémoires*, La Peyronie apprend qu'il a fixé les deux bouts de l'intestin dans la plaie à l'aide d'un double fil passé à travers un repli du mésentère. Louis pense qu'il y fut amené par la difficulté qu'il dut éprouver à distinguer le bout supé-

rieur du bout inférieur. L'établissement de l'anus contre nature était désormais basé sur une règle précise et complète. Tout l'honneur en revient à La Peyronie, et les chirurgiens qui sont venus après lui n'ont eu qu'à modifier son mode opératoire.

Passons au second moyen de traitement mis en usage dans le troisième degré de la gangrène herniaire, c'est-à-dire à la suture. Les anciens, les arabistes surtout, ont certainement retranché la portion gangrenée de l'intestin et réuni ensuite bord à bord les deux bouts au moyen de fils. Fabrice d'Aquapendente, dans son *Traité des blessures*, nous apprend non-seulement que la suture intestinale était employée de son temps, mais qu'elle l'était d'une certaine manière : « Il est, dit-il, des chirurgiens maladroits qui, avant de coudre l'intestin, y introduisent une canule de sureau, ou un fragment de trachée-artère, ou un morceau d'intestin provenant de quelque animal, de peur que la suture ne soit détruite par le passage des aliments ; mais ces corps se putréfient, et le malade meurt ; aussi doit-on rejeter ce conseil exécrable. » Duverger a donc pu croire qu'il était l'inventeur du procédé qu'il a employé et décrit, mais ce mode de réunion est loin d'être nouveau. Il résulte, en effet, des recherches que Louis a faites pour arriver à connaître ces chirurgiens maladroits dont parle Fabrice, que, au dire de Pierre de Argellata, chirurgien de Boulogne, qui vivait vers le milieu du xve siècle, Jamerius, Roger et Théodoric se servaient d'une canule de sureau ; Guillaume de Salicet, d'une portion d'intestin, et les quatre maîtres, d'un fragment de trachée-artère ; puis il ajoute que cette manière de faire ne lui paraît pas rationnelle, parce qu'elle ne remplit par le but qu'on s'était pro-

posé. Cent ans auparavant, Guy de Chauliac avait déjà dit la même chose : « La nature attentive à rejeter les corps étrangers, détruit la suture, expulse l'objet introduit, et par là annihile un tel moyen. » Ces deux auteurs ne font d'ailleurs que copier le célèbre Guillaume de Salicet qui vivait avant eux : « Ne escoute pas ycy ceulx qui disent que, d'avant que recouldre les boyaulx, que l'on y doit mettre une canule de sambuc ou d'aultre chose dedans le boyau; il vauldrait mieulx une partie du boyau de quelque beste, mais ne cecy, ne aultre chose. »

Arrivons aux méthodes de Ramdhor et de Duverger; pour cela rapportons les observations XXVI et XXVII du Mémoire de Louis (1), et faisons connaître ensuite l'opinion de cet illustre chirurgien sur ces deux moyens de réunion.

« M. Ramdhor, chirurgien du duc de Brunswick, après avoir amputé la longueur de 2 pieds du canal intestinal, avec une portion du mésentère, gangrenée dans une hernie, engagea la portion supérieure de l'intestin dans l'inférieure, et il les maintint ainsi par un point d'aiguille auprès de l'anneau. Les excréments cessèrent dès lors de passer par la plaie et prirent leur cours ordinaire par l'anus. La personne guérit en très-peu de temps; elle jouit pendant un an d'une santé parfaite, et mourut d'une pleurésie. L'ouverture de son corps fit voir que l'intestin réuni formait un canal très-bien disposé, adhérent au péritoine à l'endroit de l'anneau. Feu M. Heister conservait ces pièces dans de l'esprit de vin; elles sont un témoignage mémorable du génie de M. Ramdhor. »

Dix à douze ans avant l'époque où l'illustre secrétaire de l'Académie de chirurgie écrivait son mémoire, M. Duverger, alors chirurgien-major de l'hôpital de

(1) Mémoire sur la cure radicale des hernies avec gangrène, *in* Mémoires de l'Académie royale de chirurgie, tome III.

Maubeuge, communiquait à l'Académie une observation dans laquelle il avait employé une nouvelle méthode de réunion immédiate.

« Un vivandier suisse, âgé de 50 ans, avait une hernie inguinale étranglée depuis neuf jours. M. Duverger reconnut que l'intestin était gangrené. Les réflexions qu'il avait faites précédemment sur les accidents consécutifs de la réunion des deux bouts de l'intestin retenus dans la plaie, dans des cas de cette nature, et l'épreuve qui lui avait déjà réussi sur un chien dont l'intestin, coupé dans tout son diamètre, avait été réuni en y faisant la suture sur une portion de trachée-artère de veau, le déterminèrent à se servir de ce même moyen sur un homme. M. Duverger ouvrit la tumeur avec les précautions ordinaires. L'intestin était gangrené de la longueur de deux doigts, et il y avait plusieurs ouvertures d'où sortaient des matières stercorales. La pourriture n'avait fait aucun progrès vers l'anneau. Après avoir débridé suffisamment pour avoir la liberté de faire rentrer l'intestin avec ce qu'il se proposait de mettre dans sa cavité, il emporta tout ce qu'il y avait d'intestin gangrené. La portion de trachée-artère était toute préparée. Il l'introduisit dans l'intestin, de façon que la surface convexe soutenait les deux bouts de l'intestin, comme un cintre porte une voûte. Ensuite, par le moyen de petites aiguilles courbes, dont chaque bout de fil, passé préalablement dans la trachée, à distances égales, était armé, M. Duverger fit les points en piquant du dedans au dehors, à trois ou quatre lignes du bord de la plaie, qu'il faisait rapprocher légèrement par un aide. Les nœuds furent faits à l'un des côtés de la ligne formée par le rapprochement des deux lèvres de la plaie. L'intestin fut remis dans le ventre et abannonné aux soins de la nature. La plaie fut tout à fait cicatrisée vers le quarante-cinquième jour, et le malade fit parfaitement toutes ses fonctions. »

« Je ne crois pas, dit Louis à la suite de cette observation, qu'on préfère cette manière de réunir les intestins à la méthode de Ramdhor, si simple et si facile à pratiquer; de plus, les avantages qu'on attribue à l'autre moyen me paraissent suspects. »

Quant à nous qui connaissons aujourd'hui, grâce aux travaux de M. Jobert (de Lamballe), les immenses avantages de l'adossement des séreuses, si nous avions à faire la suture de l'intestin dans de pareils cas, nous

aurions recours à la suture entrecoupée d'après le procédé de M. Lembert, ou à la suture en piqué de M. Gély. Divers chirurgiens ont agi de la sorte dans la gangrène de la totalité de l'anse herniée. Je citerai l'exemple le plus remarquable. C'est une observation du professeur Dieffenbach, de Berlin, relative à une hernie crurale droite étranglée chez un cultivateur âgé de 50 ans (1). Abrégeons cette observation si intéressante, tout en laissant la parole au chirurgien allemand.

« Je fis, dit Dieffenbach, sur le milieu de la tumeur, une incision de la longueur du doigt. Le tissu cellulaire était lardacé et adhérent à la surface externe du sac herniaire. Lorsque celui-ci fut ouvert, il s'écoula un liquide infect, contenant des portions d'intestin gangrené et des matières excrémentitielles. L'anse intestinale, assez petite, qui était contenue dans le sac, était percée à son sommet d'une ouverture qui permettait l'introduction du pouce. Après avoir lavé et essuyé les parties, je ne vis plus sortir de matières fécales. Le doigt indicateur n'arrivait que difficilement dans l'abdomen, à travers l'ouverture intestinale, et les matières contenues dans la cavité de l'intestin ne sortaient point avec lui quand je le retirai. Sans détruire les adhérences qui unissaient les intestins à l'ouverture herniaire, je fis en dehors trois incisions profondes dans l'anneau crural, mais ce fut sans succès, et l'intestin ne se vida pas, malgré tous mes efforts : la cause en était en partie dans le peu de largeur de l'ouverture herniaire, en partie dans le rétrécissement de la partie herniée par suite de l'épaississement de ses parois. Ne voulant pas laisser succomber cet homme à des douleurs atroces, je détruisis les adhérences, j'attirai en dehors une portion de l'intestin, jusqu'à ce que je fusse arrivé à la partie qui était saine, et j'incisai toute la partie étranglée, aussi loin qu'elle était malade. Le morceau avait 3 pouces. J'excisai avec des ciseaux une partie correspondante du mésentère. Les bouts de l'intestin se contractèrent tellement qu'on eût pu tout au plus y introduire la tige d'une plume, et cependant le bord externe était large et renversé en dehors. Je commençai par réunir la plaie triangulaire du mésentère, à l'aide d'une aiguille et d'un fil très-fins ; puis je réunis

(1) Archives générales de médecine, 1837, 2e série, tome XIII. Extrait de Wochenscrift für die gesante Heilkunde, no 26, 1836.

les extrémités de l'intestin avec un fil particulier. Je fis ce premier point à 2 lignes de distance du bord, portant toujours l'aiguille en travers, au delà de la fente, de manière que, l'aiguille cheminant dans la tunique musculeuse, je ne mettais en rapport que la tunique péritonéale des deux bords, d'après le procédé indiqué par M. Lembert. La muqueuse ne se trouvait nulle part comprise dans la suture, mais elle était roulée en dedans en forme d'anneau. Je replaçai l'intestin avec les plus grandes précautions, de peur que les bords ne vinssent à se déchirer. Tout se passa très-heureusement. Après avoir attendu inutilement pendant quelque temps que le malade allât à la selle, je lui prescrivis de l'huile de ricin, et je le quittai, persuadé que *j'aurais l'autopsie à faire le lendemain.* Le jour suivant, le malade n'avait pas encore eu de selle ; de fortes doses d'huile de ricin n'avaient rien produit; j'y ajoutai de l'huile de croton, et j'ordonnai au malade de se lever et de se tenir sur les jambes. Il survint immédiatement des évacuations extrêmement copieuses, qui procurèrent au malade un soulagement tel que son état n'était pas plus inquiétant qué s'il avait été opéré d'une hernie étranglée des moins graves. Le ventre revint à son état normal, et tous les accidents se calmèrent. Il s'écoula plusieurs jours, pendant lesquels j'employai une médication médiocrement antiphlogistique. Une émulsion avec de l'huile de ricin et de l'eau de laurier-cerise était le seul moyen que j'employai. Je nourris le malade chaque jour un peu plus; bientôt il eut des selles naturelles; la plaie extérieure suppura, et la cicatrisation marcha rapidement. Au bout de quinze jours, il put se lever et passa quelques heures dans son fauteuil. Après trois semaines, il ne restait plus à l'extérieur qu'une légère eschare; au bout d'un mois, le malade était guéri et avait repris ses repas copieux et ses travaux fatigants à la campagne. »

Quelques semaines après sa complète guérison, le malade fut pris subitement, à la suite d'un travail pénible et d'un repas composé d'aliments indigestes, des signes d'oblitération intestinale, et mourut malgré tous les moyens mis en usage.

L'autopsie démontra vers la région lombaire gauche un nœud entrelacé de l'intestin grêle adhérent, complétement immobile et fortement enflammé, puis une seconde adhérence de l'intestin à l'ouverture interne de

la hernie qui avait été opérée. Quant à l'état de la partie suturée, voici ce que dit Dieffenbach :

« Quand je voulus détacher l'anse intestinale qui adhérait au côté interne de l'anneau crural, il s'écoula quelques gouttes de pus, et je trouvai en cet endroit une petite anse de la soie qui m'avait servi à faire la suture, ce qui m'indiqua que là se trouvait la portion d'intestin qui avait été étranglée. J'ouvris l'intestin un peu plus haut, et je n'y trouvai aucun rétrécissement; puis, quand je fus arrivé à l'endroit où il avait été divisé, voici ce que je vis : l'extrémité supérieure était unie à l'extrémité inférieure, à l'aide d'une cicatrice unie qui n'était interrompue qu'en deux endroits, par deux points de suture qui suppuraient encore. Deux fils étaient encore adhérents et pendaient dans la partie inférieure; celle-ci remontait ensuite pour se rendre dans le cæcum, dans lequel se trouvaient quelques morceaux de matières fécales durcies et du mucus blanchâtre. Les tuniques intestinales se comportaient ainsi : au niveau de la cicatrice, la partie supérieure de l'intestin n'offrait ni renflement, ni pli, jusqu'à la cicatrice, laquelle avait une demi-ligne de largeur à son niveau. Les tuniques formaient un bourrelet dont les surfaces séreuses étaient unies par des fausses membranes formant cicatrice. Au-dessus et au-dessous, la surface externe de l'intestin était unie à la surface interne du péritoine pariétal par une couche de fausses membranes. »

Ce succès n'est pas le seul que l'on connaisse. Dès 1829, dans le bulletin de Férussac, on trouve le compte-rendu de deux observations du Dr Steinmetz, relatives à des hernies crurales étranglées et gangrenées (1). Dans le premier cas, la gangrène était très-étendue, et le Dr Steinmetz fut obligé d'emporter avec l'instrument tranchant jusqu'à 2 pieds de long de l'intestin gangrené. Les deux bouts réunis par la suture se séparèrent dès le second jour, et les matières fécales sortirent par la plaie; l'entérorrhaphie fut pratiquée de nouveau et eut alors un succès complet. La malade était une femme

(1) Bulletin de Férussac, tome XVII, pag. 395, extrait du Magazin für gesante Heilkunde, tome XXVII, 1828, 3e cah.

d'un âge moyen. Dans le second cas la malade était une femme âgée de 64 ans; la portion gangrenée de l'intestin fut emportée comme dans le cas précédent, puis on pratiqua l'entérorrhaphie, et au bout d'un mois la guérison fut complète. Il n'est pas dit quel procédé de suture fut employé dans ces deux cas, mais le succès n'en existe pas moins, et suffit à prouver que, même dans les cas de gangrène totale de l'anse herniaire, la suture a pu donner des résultats surprenants.

Maintenant quelles conclusions tirer de l'examen que nous venons de faire des deux genres principaux de traitement employés par les chirurgiens dans le sphacèle de toute la portion d'intestin comprise dans la hernie? La raison, la prudence, l'humanité nous commandent dans ces cas de mettre complétement de côté la suture de l'intestin, et de recourir à l'établissement d'un anus artificiel, en suivant dans cette opération les règles posées par les maîtres.

La suture, en effet, présente des dangers immédiats d'une gravité exceptionnelle, et ce n'est pas parce qu'ils ont manqué quelquefois, ou qu'ils ont été conjurés par un traitement énergique, qu'il faille s'enhardir au point de tenter un moyen si périlleux. Sur 15 chiens opérés par M. Reybard, suivant la méthode de M. Jobert, 8 seulement échappèrent à la péritonite.

Lors même que les accidents primitifs eussent fait complétement défaut, que tout, pendant et après l'opération, se fût passé pour le mieux, et que la réunion intestinale eût réussi en tous points, on aurait encore à redouter des dangers consécutifs parfois d'une très-grande gravité. Sans parler de ces accidents imprévus qui, comme dans l'observation de Dieffenbach, peuvent

amener la mort très-rapidement, il est d'autres complications dont il faut toujours craindre la possibilité. Tels sont les effets du rétrécissement parfois considérable qui résulte de l'espèce de valvule formée par le renversement dans la cavité intestinale des bords des deux bouts de l'intestin. Sous l'influence de ce rétrécissement, le bout supérieur se dilate considérablement au-dessus de la valvule, tandis que le bout inférieur se rétrécit beaucoup au-dessous. Ces faits résultent de l'autopsie des chiens qui survécurent à l'opération pratiquée sur eux par M. Reybard. Cette dilatation excessive du bout supérieur peut produire deux effets principaux : ou bien les matières stercorales s'accumulent dans l'espèce de poche placée au-dessus de la valvule, et leur cours se trouve ainsi entravé ou même complétement suspendu. Dans le premier cas il n'en passe qu'une très-petite quantité à travers l'orifice du diaphragme valvulaire, et cet arrêt relatif fait que les matières situées au-dessus, dans les premières portions du canal intestinal, sont forcées, pour être évacuées, de se frayer une route par les voies supérieures : de là des vomissements plus ou moins abondants et fréquents. C'est ce que M. Reybard observa chez cinq des chiens qui n'avaient pas succombé à l'opération. Dans le second cas, les matières intestinales durcies et agglomérées forment une espèce de bouchon qui ferme l'ouverture valvulaire, et il en résulte une obstruction intestinale avec ses conséquences et la mort en dernier terme, si à l'aide des évacuants on n'a pu se rendre maître de la constipation. Le second effet de la dilatation de l'intestin au-dessus de la suture, et de son rétrécissement au-dessous, est l'intussusception ou l'invagination du bout inférieur dans le supérieur. Cet

accident dont le résultat est encore l'oblitération du canal intestinal, est aussi suivi de mort, et c'est à lui que Dieffenbach, comme nous l'avons vu, attribuait les complications survenues chez son malade. Voici, je crois, comment les choses doivent se passer. Le poids des matières accumulées dans le bout supérieur abaisse la portion dilatée ; la paroi intestinale se replie au niveau de la coarctation, puis se double, les séreuses glissant l'une sur l'autre, et bientôt le bout inférieur qui n'a pas bougé, et dont le rétrécissement favorise d'ailleurs le mouvement, se trouve engaîné dans la portion dilatée qui seule s'est déplacée et a produit le phénomène.

Rejetons donc la suture à cause de ses dangers immédiats et secondaires, et voyons ce qu'il nous faudra faire pour établir un anus contre nature. Nous savons que La Peyronie, dans ces cas, retranchait la portion d'intestin gangrenée, passait derrière la division un double fil à travers le mésentère, repoussait les deux bouts de l'anse dans l'anneau, et fixait le fil pour les empêcher de rentrer complétement.

Premièrement, faut-il retrancher la portion gangrenée ? Boyer (1) dit qu'on doit se contenter de faire dans la partie mortifiée une incision assez grande pour donner une libre issue aux matières. Cette conduite est unanimement adoptée.

Deuxièmement, faut-il fixer l'intestin à l'anneau ? Paletta et Scarpa (2) après lui établirent que le fil de La Peyronie est complétement inutile « parce que, ou bien des adhérences existent déjà, ou bien elles se formeront

(1) Boyer, Maladies chirurgicales, tom. VIII, 1822, pag. 173.

(2) Scarpa, Traité des hernies, traduction de Cayol, Paris, 1812, page 275.

très-rapidement après l'opération, ou bien, si elles ne se forment pas, les bouts de l'intestin ne peuvent rentrer dans l'abdomen, parce que l'action alternative du diaphragme et celle des muscles abdominaux compriment tous les viscères et tendent à les pousser au dehors. » De son côté, Ast. Cooper dit (1) : « Pendant un temps j'ai recommandé de passer une ligature à travers le mésentère pour retenir l'intestin à l'orifice du sac, mais cette précaution n'est pas nécessaire, car, même en l'absence de toute ligature, l'intestin conserve sa position et contracte des adhérences très-promptement.

Je reconnais volontiers que le fil de La Peyronie peut n'être pas sans danger, et, comme Scarpa le veut, qu'il doit être à jamais proscrit de la bonne chirurgie. Mais est-il bien vrai que la fixation de l'intestin dans la plaie soit toujours une précaution inutile ?

Certes, si, comme il arrive heureusement le plus souvent, des adhérences s'établissaient constamment à l'anneau entre l'intestin et le collet du sac, grâce à la propagation de l'inflammation éliminatrice de l'eschare, l'opinion de Scarpa serait parfaitement fondée et devrait être acceptée sans conteste. Mais le liquide que contient ordinairement le sac peut empêcher par son interposition la formation des fausses membranes, ou les dissoudre à mesure qu'elles se forment ; d'un autre côté, l'exsudation plastique peut faire entièrement défaut ; des faits nombreux le prouvent. Il arrivera donc dans ces cas qu'aucune adhérence ne s'établira au niveau du collet du sac, et que conséquemment l'intestin restera parfaitement mobile et libre de sortir de l'abdomen et

(1) Astley Cooper, Œuvres chirurgicales, traduction de Chassaignac et Rousselot, page 261.

d'y rentrer. Faut-il croire, comme le pensent Scarpa et A. Cooper, que même alors l'intestin reste en place ? Cela, il est vrai, arrive souvent, mais il peut arriver aussi, je crois, que l'intestin rentre dans le ventre, et qu'alors l'épanchement des matières se produise. La prudence commande donc de suivre le conseil que donne M. Laugier (1) : « Si l'intestin est gangrené, il faut l'inciser, et quelquefois le retenir au dehors, s'il n'y est pas retenu par les adhérences contractées avec le collet du sac. » Que dire pour terminer ?

C'est qu'il faudra s'assurer, après l'ouverture de l'intestin, s'il existe ou n'existe pas d'adhérences. Cette recherche sera toujours facile, et si, par hasard, il ne s'en était pas formé, deux points de suture comprenant à la fois les deux lèvres et de la plaie intestinale et de la plaie abdominale, suffiraient pour maintenir à l'anneau les deux bouts de l'anse sphacelée.

II.

Après avoir étudié les moyens thérapeutiques employés dans la gangrène de toute la portion d'intestin comprise dans la hernie, nous allons, par opposition, rechercher et examiner les divers traitements mis en usage par les chirurgiens dans les cas de gangrène herniaire excessivement limitée. Nous avons rangé les faits de ce genre dans notre première classe de gangrènes intestinales. Souvent leur résultat est la production de petites perforations uniques ou multiples, parfois si

(1) Laugier, articles hernie du Dictionnaire en 30.

nombreuses qu'elles sont disposées comme en pomme d'arrosoir, et sur le traitement desquelles on est loin d'être d'accord.

Quant à nous, nous proposerons un seul et même traitement, toutes les fois que la gangrène est réduite à ses plus petites proportions, et nous nous appuierons pour cela sur l'innocuité et l'efficacité de ce moyen dans tous les cas où il a été employé. Ce traitement unique est la suture.

Mais voyons comment ont agi dans le cas actuel les chirurgiens modernes, et quelles sont à ce sujet les opinions des auteurs qui se sont occupés de la gangrène intestinale et de ses conséquences.

Quatre méthodes principales ont été proposées :

1° La réduction pure et simple (méthode de Velpeau).

2° La suture perdue (méthode d'Ast. Cooper).

3° La fixation de l'intestin à l'anneau après sa réduction, que j'appellerai méthode de M. Gosselin, parce que c'est ce chirurgien qui a employé exclusivement ce moyen, qui en a fait la règle de sa conduite, et qui le donne comme unique précepte dans son enseignement.

4° La formation d'un anus contre nature, méthode de M. Verneuil, méthode que je nomme ainsi, parce que c'est M. Verneuil qui, dans ces temps derniers, a insisté avec le plus d'énergie sur ce mode de traitement qu'il place par-dessus tous les autres.

Dans l'examen de ces divers moyens thérapeutiques, procédons encore par antithèse, et, pour cela, occupons-nous d'abord de ceux dans lesquels les résultats de l'intervention chirurgicale sont diamétralement opposés, c'est-à-dire, de la réduction pure et simple, et de la formation d'un anus contre nature.

1° *Réduction dans l'abdomen de l'intestin gangrené.* — On trouve dans Lawrence des exemples de réduction. Ainsi, chez une femme de 48 ans, atteinte d'une hernie crurale étranglée, le sac contenait l'appendice du cæcum dont une petite partie était sphacélée. Elle fut réduite sans débrider, quoique l'ouverture de l'anneau fût très-étroite. La marche de la maladie, après l'opération, fut heureuse sous tous les rapports, et la plaie fut complétement cicatrisée le dix-neuvième jour. Chez un matelot de 22 ans, atteint d'une hernie inguinale étranglée, l'intestin portait à l'endroit qui avait subi la constriction un petit trou par lequel passaient les matières intestinales; mais, de plus, l'anse herniée offrait en arrière et en avant des taches gangréneuses. On réduisit l'intestin. Fort heureusement les fèces sortirent par la plaie dès le troisième jour. Au bout de trois semaines elles reprirent leur cours par l'anus, et en très-peu de temps le malade fut complétement guéri.

Mais le premier fait qui en France frappa vivement l'attention, est celui que Velpeau rapporta dans la séance de l'Académie de Médecine du 23 avril 1833. Ce fait est consigné dans les *Archives de médecine* (1), et est reproduit par Velpeau dans sa *Médecine opératoire* (2).

Je vais citer les deux textes pour bien mettre en évidence les différences capitales existant dans le mobile qui aurait conduit le chirurgien à créer sa méthode. Ces différences semblent avoir échappé jusqu'ici, bien qu'il suffise, pour s'en apercevoir, de la lecture même la plus superficielle. Comment expliquer pareil désaccord entre

(1) Archives générales de médecine, 2e série, tome Ier, 1833, p. 595.
(2) Velpeau, Médécine opératoire, tome IV, 1839, page 161.

les deux récits ? Je crois en trouver la raison dans les six années écoulées dans cet intervalle ; pendant ce temps, Velpeau a pu oublier, s'il n'avait pas par écrit cette observation, ou s'il l'avait égarée ou perdue, ou enfin s'il a négligé de la consulter avant d'écrire le passage de la page 161, Velpeau, dis-je, a pu oublier les circonstances qui l'avaient amené dans ce cas à se contenter de la réduction de l'intestin perforé. Ce fait a certainement une assez grande importance, car il montre, d'un côté, dans le récit de 1833, un accident tout à fait fortuit, contraignant en quelque sorte le chirurgien d'agir comme il l'a fait, et, de l'autre, dans le récit de 1839, une décision prise après mûres réflexions et après une *longue hésitation*, une intention bien arrêtée, un but parfaitement déterminé.

Donc, voici le texte des *Archives*. — M. Velpeau rapporte qu'une femme entrée à l'hôpital de la Pitié éprouvait depuis cinq jours les symptômes d'un étranglement herniaire. Elle fut opérée aussitôt. A l'ouverture du sac, on aperçut une anse intestinale du volume d'un œuf, noire, et offrant trois petites perforations avec renversement de la muqueuse au dehors, d'où sortirent un liquide roussâtre et des matières fécales, lorsqu'on la pressa. Une sonde introduite dans l'une de ces ouvertures a pénétré dans l'intérieur de l'intestin. Au moment où M. Velpeau se disposait à passer une ligature pour fixer l'intestin dans la plaie, *celui-ci s'échappa et rentra dans l'abdomen*. Il eût été dangereux de l'y aller chercher : le chirurgien préféra les chances que laissaient espérer plusieurs cas semblables où il n'y eut pas d'épanchement. En effet, il ne survint aucun accident. Les évacuations se sont rétablies, et la guérison a eu lieu.

Voici maintenant l'observation de M. Velpeau :

« Une femme, âgée de 55 ans, était affectée d'une hernie crurale étranglée depuis quatre jours, lorsqu'on l'apporta dans ma division, à l'hôpital de la Pitié, en 1833. Je procédai de suite à l'opération, qui n'offrit rien de particulier. Une anse d'intestin grêle qui, se voyait au fond du sac avec une teinte livide très-suspecte, conservait cependant assez de fermeté pour éloigner l'idée de gangrène. Après avoir débridé, j'attirai cette anse au dehors pour mieux l'examiner. Alors nous reconnûmes qu'elle était ulcérée en trois endroits. La pression faisait sortir les matières intestinales par les trois ouvertures qui étaient renversées en cul-de-poule, distantes de 2 à 3 lignes l'une de l'autre. Un stylet introduit par l'une d'elles entra librement dans le canal intestinal. *Après avoir hésité longtemps* et remarqué que ces ouvertures avaient sensiblement diminué de diamètre par la déplétion de l'intestin, *je me décidai à le repousser dans l'abdomen.* On tint la plaie ouverte et la malade dans une immobilité complète. *Mes craintes, je l'avoue, étaient extrêmes.* Cependant il ne survint aucun accident, et cette femme s'est aussi rapidement, aussi complétement rétablie que s'il s'était agi d'une hernie sans altération de l'intestin. Il ne s'est jamais échappé la moindre parcelle de matières stercorales par la plaie, qui était cicatrisée au bout d'un mois. »

Admettons la version de Velpeau et établissons en fait qu'en réduisant purement et simplement l'intestin perforé, il a obéi à une intention bien arrêtée. Voyons maintenant quels préceptes cet éminent chirurgien donne à ce sujet dans sa *Médecine opératoire* (1).

D'abord il distingue les solutions de contiuuité sans gangrène ou avec gangrène.

Ainsi, page 161 : « Les plaies sans gangrène, dans une hernie, par exemple, seront réduites, guériront *le plus souvent*, sans l'intervention d'aucune espèce de suture. Repoussé dans le ventre, l'intestin reste derrière l'anneau et s'y colle. Le péritoine pariétal s'agglutine au péritoine des bords de la division de l'intestin, pendant

(1) Velpeau, Médecine opératoire, tome IV.

que la membrane muqueuse se boursouflant, se renversant en dehors, ferme la plaie, et s'oppose à tout épanchement des matières. »

Page 141 : « Dans les hernies les plaies se présentent sous la forme d'ulcères ou de solutions avec perte de substance, si la constriction de l'anneau en a été la cause. Dans ce dernier cas il n'y a guère à espérer de les voir se refermer sans secours. »

A la page 94, parlant de l'ulcération de l'intestin à sa face externe, il dit : « Tant que la tunique péritonéale est seule malade, que la membrane charnue n'est pas entièrement traversée, ou que la couche muqueuse conserve son épaisseur, on peut remettre le tout dans l'abdomen sans danger, mais alors les plus grands ménagements seraient nécessaires, car les diverses tuniques étant en même temps ramollies, la moindre traction en déterminerait sur-le-champ la rupture, ainsi que je l'ai vu sur une femme opérée sous les yeux de M. Roux, et qui mourut le lendemain.

Page 105. « Du reste, il est une foule d'altérations dont la rentrée dans le ventre serait incontestablement le meilleur remède. Ainsi l'ulcération concentrique ne devra point arrêter, si elle se borne à la membrane externe, ou même à la membrane charnue, si, en un mot, elle ne va pas jusqu'à perforer complétement l'intestin. »

Plus bas : « La gangrène est l'accident qui s'oppose le plus formellement à toute tentative de réduction ; mais il faut, par la même raison, ne pas s'en laisser imposer par de fausses apparences. »

Quant aux perforations consécutives à la gangrène, voici ce qu'il en dit, page 164 : — Lorsqu'au lieu d'une

solution de continuité sans mortification préalable, l'intestin présente des plaies ou quelque perforation gangréneuse, sa réduction n'offre plus les mêmes chances de guérison. »

Mais, à la page 141 : « Si la mortification était bornée à la tunique péritonéale, ou ne s'étendait pas jusqu'à la membrane muqueuse, on pourrait, comme le recommande Desault, faire rentrer les parties, et attendre tout des ressources de l'organisme. Mais de deux choses l'une : ou la gangrène est évidente, et, dans ce cas, ne pouvant avoir la certitude qu'elle s'étend ou ne s'étend pas à toute l'épaisseur des parois organiques, le chirurgien ne peut point songer à tenter la réduction, ou bien son existence est contestable, et alors la *prudence* veut qu'on fasse rentrer l'intestin dans le ventre. »

Le précepte est donc nettement posé. Si l'intestin est ulcéré incomplétement, perforé, superficiellement mortifié, réduisez et confiez-vous à la nature. Si la gangrène est contestable, réduisez encore.

L'opinion de Velpeau, basée sur des résultats pratiques, fut donc généralement adoptée, et un nouveau succès obtenu à la Charité en 1851, vint donner un autorité plus grande encore à la parole du maître.

Ce fait est consigné dans une observation de M. Piachaud, alors interne des hôpitaux, observation relative à une femme de 75 ans opérée à la Charité par M. Velpeau d'une hernie crurale gauche étranglée depuis 52 heures (1).

« A l'ouverture du sac, on aperçoit une anse intestinale complète, ayant à peu près 3 à 4 centimètres de longueur, et n'étant accompagnée d'aucune portion d'épiploon. Elle offre une teinte d'un rouge foncé, mais nulle part on ne trouve de fausses membranes, ni à sa

(1) Archiv. génér. de méd., 1851, 4e série, tom. XXVI, p. 336.

surface, ni à la partie interne du sac; il n'existe aucune adhérence. Le débridement pratiqué sur trois points, il est facile d'attirer l'intestin au dehors; mais, à ce moment, on voit sourdre, par le sommet saillant de l'anse herniée, une demi-cuillerée environ de mucus intestinal jaunâtre bien caractérisé. En examinant avec soin la surface de l'intestin, on voit distinctement une petite fissure allongée dans le sens de son canal, et qui permettrait facilement le passage d'une grosse tête d'épingle. Au pourtour de cette perforation, l'intestin ne paraît nullement altéré; il ne l'est pas non plus au niveau du cercle occupé par la constriction. On attire au dehors 3 à 4 centimètres d'intestin en dessus et en dessous du point étranglé; il est parfaitement sain, seulement un peu congestionné. M. Velpeau procède immédiatement à la réunion, malgré la perforation; elle se fait sans aucune difficulté. On applique comme pansement des boulettes de charpie dans la plaie, puis un gâteau de charpie; le tout maintenu par un bandage triangulaire. — Lavement simple.

« Même soir, 11 heures. Le lavement a été rendu presque de suite avec une petite quantité de matières fécales; état général satisfaisant; cessation des nausées et des vomissements; ventre souple, peu douloureux. — Potion avec huile de ricin, 60 grammes.

« Le lendemain, 9 mars. Nuit assez tranquille; facies meilleur; pouls, 120; pas de vomissements; ventre souple, non douloureux; pas de selles.

« Le 10, les selles apparaissent, et, dans la suite, tout va pour le mieux. Le 3 avril, la malade demande à sortir de l'hôpital; elle est en très-bon état; la plaie est en grande partie cicatrisée; il ne reste plus qu'une fente linéaire, peu profonde, qui ne tardera pas à se fermer entièrement. »

Les préceptes donnés par Velpeau furent si bien adoptés par les chirurgiens qu'on les voit conseillés par les auteurs classiques jusqu'à ces derniers temps. Tels sont : Vidal de Cassis : « La perforation intestinale est-elle très-petite et presque entièrement bouchée par la muqueuse renversée, réduisez sans vous inquiéter. » Puis Nélaton (2) : « Quand l'intestin présente

(1) Vidal de Cassis, Traité de pathologie externe, 1860, tom. IV, page 238.

(2) Nélaton. Éléments de pathologie chirurgicale, 1857, tom. IV, page 291.

une ou plusieurs petites perforations, peu nombreuses du reste, arrondies, assez éloignées les unes des autres, on peut tenter, à l'exemple de M. Velpeau, de réduire l'intestin, en prenant toutes les précautions possibles pour qu'il n'y ait pas d'épanchement, c'est-à-dire, en laissant la partie malade en regard de la plaie. »

M. Broca, dans sa thèse de concours, ne reconnaît que deux cas : « La gangrène est étendue, alors il faut inciser largement et établir un anus artificiel : ou la gangrène est très-peu étendue, alors l'expérience a démontré que la réduction pouvait être effectuée comme si l'intestin était sain, sans que pour cela les matières s'épanchent dans le ventre. »

Tout le monde jurait donc sur la parole du maître, lorsque, en 1861, M. Bauchet amena à l'occasion d'un cas malheureux, une discussion à la Société de Chirurgie sur la conduite que le chirurgien devait tenir, quand il existe une perforation de l'anse intestinale gangrenée, et particulièrement sur la réduction dans ce cas. Cette discussion très-intéressante occupa six séances de la Société, pendant les mois de février et de mars de la même année.

Le fait sur lequel M. Bauchet appela l'attention de ses collègues, avait été observé par lui, dans son service à l'Hôtel-Dieu, pendant qu'il remplaçait M. Robert. Il est rapporté avec les détails les plus complets dans le Bulletin de la Société de Chirurgie (1). Voici l'abrégé de cette observation :

« Une femme de 49 ans, atteinte depuis longtemps de hernie crurale, s'aperçut le samedi qu'il lui était impossible de réduire sa hernie;

(1) Bulletin de la Société de chirurgie, 1861, 2e série, tom. II.

cependant il ne survint pas d'interruption dans le cours des matières fécales ; pas de vomissements. Le dimanche, tentative de taxis ; une selle le soir. Elle se rend à l'hôpital, le lundi, à midi. A ce moment, elle présentait dans l'aine gauche une tumeur rouge, fluctuante, douloureuse ; pas de vomissements, mais nausées assez fréquentes et coliques assez pénibles. Le mercredi matin, vomissements, ballonnement du ventre prononcé ; tumeur tendue, douloureuse ; peau chaude et colorée ; pouls à 100.

« *Opération.* — Le débridement de l'anneau est fait. En examinant l'anse étranglée, M. Bauchet aperçut à la partie antérieure d'une surface amincie circulairement par la constriction un petit point noir, de la grosseur d'une tête d'épingle, et entendit un sifflement produit par quelques bulles de gaz qui s'échappaient par le petit point noir. Ayant connaissance des faits de M. Velpeau, dans lesquels la réduction avait pu être faite sans inconvénient, M. Bauchet réduisit l'anse qui avait été étranglée. Pendant neuf jours, tout alla bien, mais un érysipèle se développa autour de la plaie, et bientôt, à travers l'orifice de celle-ci, sortirent des gaz et des matières fécales. L'érysipèle fit des progrès, envahit la tête ; un muguet confluent se montra dans la bouche, et la malade mourut le vingtième jour après l'opération.

« A l'*autopsie*, on trouva au niveau de l'anneau crural deux anses accolées et croisées en X ; derrière leur point d'union se trouvait l'anse qui avait été étranglée ; elle était presque entièrement coupée ; il ne restait plus qu'un faible lambeau de l'intestin qui réunissait les deux bouts. »

M. Bauchet fait suivre la lecture de son observation à la Société de chirurgie, des reflexions suivantes dans lesquelles il critique lui-même sa conduite.

« Si, dit-il, cette femme n'avait pas succombé à la complication qui l'a emportée, j'aurais cité ce fait, en engageant à suivre ma conduite en pareille occurrence. Et pourtant la femme aurait couru les plus grands dangers, et la guérison n'aurait été obtenue que grâce aux adhérences contractées par l'intestin, à la gangrène et à l'élimination de l'anse herniée. Pendant ce travail pathologique, n'aurait-on pas eu à craindre la formation d'un abcès stercoral, une perforation, etc. ?

« Aussi, instruit par ce fait, et, malgré le cas heureux, on peut le dire, que nous citons, je pense qu'en pareille circonstance je ne réduirais plus une anse herniée présentant une petite perforation, si petite qu'elle fût, et que je préférerais établir de suite un anus artificiel, ou au moins jeter une ligature autour de la perforation. »

Dès cette première séance de la Société, MM. Chassaignac, Broca, Verneuil, Giraldès et Gosselin, s'accordent pour proscrire la réduction de l'anse perforée, et dans les séances suivantes, MM. Boinet, Huguier, Richet et Guérin sont aussi d'accord sur ce point, qu'il ne faut pas réduire sans précautions un intestin présentant une ou plusieurs petites perforations, alors que le reste de l'anse herniée est parfaitement sain.

Telle aussi était, au dire de M. Boinet, l'opinion de Sanson : « Si l'on réduit un intestin présentant une petite perforation, 19 fois sur 20 on aura des accidents, et ces accidents ne seront pas seulement à redouter, quand on aura reconnu cette perforation, mais même quand l'état de l'intestin peut faire craindre ou soupçonner l'existence de ces ouvertures. »

Seuls, MM. Velpeau et Jarjavay semblent rester partisans de la réduction pure et simple ; encore M. Velpeau paraît-il avoir modifié singulièrement ses premières idées, et restreint sa conduite à certains cas possédant des indications précises ; peut être même penche-t-il vers l'abandon de son ancienne pratique.

M. Jarjavay accepte avec plaisir l'opinion de M. Velpeau. C'est au fond, dit-il, de la rainure circulaire produite par l'anneau constricteur que se font les petites ouvertures qu'il est difficile d'apercevoir. Il est persuadé que plusieurs fois on a réduit, sans s'en douter, des

anses herniées qui étaient dans cet état. Les tractions faites pour attirer l'intestin au dehors lui semblent devoir produire les petites ouvertures en déplissant le fond de la rainure circulaire. Une pareille anse réduite lui paraît avoir son danger, *non pas dans le pertuis*, mais dans l'usage, après l'opération, *de l'huile de riçin*. C'est ainsi qu'il explique un revers qu'il a éprouvé en pareille circonstance.

Quant à M. Velpeau, écoutons-le, d'abord dans la séance du 27 février, puis dans celle du 13 mars. Ce sera le meilleur moyen de bien connaître son opinion actuelle.

Dans la première de ces deux séances, voici ses paroles : « Quand il existe de petites perforations sur une anse intestinale, saine d'ailleurs dans tout le reste de son étendue, j'ai suivi une pratique qui m'a donné cinq succès, deux à l'hôpital de la Pitié, et trois à la Charité. Voilà ce que j'ai fait ; mais je ne veux pas recommander cette pratique comme *exemplaire ;* elle peut être *dangereuse* dans beaucoup de circonstances. Il faudrait, pour être autorisé à agir ainsi, que l'intestin fût parfaitement sain dans tous les points où n'existe pas de perforations ; il faudrait que les perforations fussent très-circonscrites, très-petites, et surtout très-nettement limitées ; il faudrait aussi que l'on eût quelques raisons de supposer que l'anse intestinale herniée appartient à une portion du jéjunum rapprochée de l'estomac, et que, par conséquent, on eût tout à redouter de l'établissement d'un anus contre nature. »

Dans la seconde séance, celle du 13 mars : « Il m'a semblé, dit-il, que l'on avait quelque tendance à me faire dire que je conseillais de réduire un intestin per-

foré. Je n'ai jamais donné ce conseil ; j'ai rapporté les cas dans lesquels j'avais ainsi agi, et j'ai bien insisté sur ce que ces cas offraient de particulier. L'anse intestinale était saine, et ne présentait un petit pertuis que sur un point de son étendue. J'ai eu ainsi cinq succès ; j'ajoute à ces faits l'observation de M. Bauchet. J'ai évité à mes cinq malades un anus contre nature ; peut-être si je me trouvais dans une pareille circonstance, agirais-je encore de la même manière, peut-être établirais-je un anus contre nature. »

On voit donc qu'il y a loin de la doctrine nettement établie en 1839 par M. Velpeau : « Réduisez, et attendez tout des ressources de l'organisme, » à ses paroles d'aujourd'hui qui ne sont même pas des conseils, car, dit-il, « je ne veux pas recommander ma pratique comme exemplaire, » mais qui sont purement et simplement l'exposé d'une pratique qui *peut être dangereuse dans beaucoup de circonstances*. Comme il est près de se réfuter lui-même ! « En pareille circonstance, *peut-être* agirais-je encore ainsi, *peut-être aussi* établirais-je un anus contre nature. »

Enfin, dit-il en terminant, il faudrait *pour être autorisé à agir ainsi* plusieurs conditions indispensables :

1° L'intégrité de l'intestin en dehors des perforations ;

2° La petitesse des perforations ;

3° La proximité de l'estomac de la portion du jéjunum herniée.

Je pourrais peut-être même ajouter en quatrième lieu : l'unicité de la perforation, car, dit-il, « j'ai bien insisté sur ce que ces cas avaient de particulier : l'anse intestinale était saine et ne présentait *un petit pertuis que sur un point.* »

Toujours est-il que ces indications sont précises, et qu'il faudra s'y conformer en tous points, sous peine d'être taxé d'imprudence ou de maladresse.

Il est donc bien établi, d'après Velpeau lui-même, que la réduction pure et simple de l'intestin perforé est une pratique dangereuse, à laquelle on ferait mieux de ne point recourir. Je sais bien qu'on pourrait objecter qu'il est contraire au droit et à la raison de rejeter une méthode basée sur des succès, et que les raisonnements les plus logiques, les théories les mieux fondées, ne peuvent renverser l'évidence de l'observation et les résultats de la pratique. Oui, Velpeau a rencontré cinq fois l'intestin perforé, cinq fois il l'a réduit, et cinq fois ses malades ont guéri. Mais, de son aveu même, l'un de ces malades a couru les plus grands dangers et n'a été sauvé que par la formation spontanée d'un anus contre nature. Que conclure de ces faits? C'est que Velpeau a eu, dans ces circonstances, une de ces séries extraordinairement heureuses que chaque chirurgien rencontre au moins une fois dans le cours de sa pratique, voilà tout! Mais cela ne démontre point que la réduction soit un moyen efficace et sûr. Il suffit, pour s'en convaincre, de rechercher les insuccès. Et d'abord nous voyons dans la séance de l'Académie de Médecine du 23 avril 1833 (1), après la relation du premier succès de M. Velpeau, Bégin se lever et citer un fait analogue, mais dont le résultat fut tout contraire. L'intestin n'était pas perforé, mais il offrait trois petits points de couleur grise, dont le plus grand avait les dimensions d'une lentille. L'intestin ayant été réduit, les évacuations se rétabli-

(1) Archiv. gén. de médecine, 2e série, 1833, p. 595.

rent, mais le troisième jour quelques matières stercorales se montrèrent dans la plaie ; la péritonite survint, et la malade succomba. Nous avons ensuite un cas de M. Jarjavay : l'intestin était perforé et rétréci; il réduisit, et une péritonite foudroyante emporta le malade en quelques heures. Enfin arrive l'observation de M. Bauchet. Velpeau la compte comme un succès, parce que la malade a succombé à l'érysipèle. Mais, si la réduction n'est pas la cause directe de la mort de la malade, est-il bien sûr qu'elle n'en soit pas la cause indirecte? Si, en effet, c'est l'érysipèle qui a emporté la malade, l'érysipèle lui-même a eu une cause, et le petit épanchement stercoral qui existait au voisinage de l'anneau peut bien avoir contribué à son développement.

Si, en dernier lieu, on réfléchit à ce qui arrive dans toutes les opérations aléatoires de la chirurgie, où l'on tait soigneusement les revers, et où l'on publie à grand bruit les demi-succès, on se persuadera que, si nous possédons cinq ou six faits authentiques de guérison après la réduction pure et simple de l'intestin perforé, nous devons ignorer un bien plus grand nombre de cas dont la mort a été le résultat.

Suivons donc les conseils des chirurgiens contemporains : dans tous les cas, rejetons la réduction d'une anse intestinale qui présente une perforation ou une eschare, quelque petite qu'elle soit; car, dit M. Gosselin (1), « si les faits de guérison démontrent que la mort n'a pas lieu nécessairement à la suite de la réduction, grâce aux adhérences salutaires, il n'en est pas

(1) Leçons sur les hernies abdominales, rédigées par M. Léon Labbé, 1865, p. 231.

moins vrai que l'épanchement mortel peut avoir lieu. »

Nous proscrirons donc à jamais la réduction pure et simple de l'intestin perforé ou gangrené; mais alors, quel moyen opposerons-nous à cet accident? C'est ici que les opinions divergent. Comme nous l'avons dit déjà, elles se résument en trois manières d'agir différentes : la création d'un anus contre nature, le maintien de l'intestin dans la plaie, et la suture de l'intestin. Examinons ces trois méthodes, et voyons celle que nous emploierons de préférence.

2° *Formation d'un anus contre nature.* — Parlons maintenant de la formation d'un anus contre nature. C'est surtout M. Verneuil qui a érigé cette manière de faire en précepte. J'ignore si depuis il n'a pas modifié son opinion, mais je sais que, lors de la discussion à la Société de chirurgie, c'est lui qui, à la tribune et dans la presse, a combattu avec énergie pour le triomphe de cette idée : aucun moyen n'offre, dans les cas de perforation ou de gangrène intestinale, la sécurité de l'anus contre nature. Ainsi, dès la première séance, nous l'entendons dire que, malgré le nombre assez grand de guérisons obtenues par la réduction et la suture, il n'hésiterait pas, instruit par le fait de M. Bauchet, à pratiquer un anus artificiel.

Puis, dans les numéros du 1er et du 15 mars de la *Gazette hebdomadaire* (1), il publie un long article sur la question soulevée à la Société de chirurgie. Il se pose d'abord cette question : pendant le cours d'une kélotomie et au moment de réduire l'intestin, on constate une

(1) Gazette hebdomadaire, 1861.

perforation de la paroi, que faut-il faire? Il admet trois cas. Dans le premier la perforation est *grande*, et son traitement comprend trois méthodes : la formation d'un anus contre nature, la suture de l'intestin suivie de la réduction, enfin une méthode intermédiaire consistant à fixer l'anse intestinale ouverte contre la face profonde de la paroi abdominale, ou à clore à la fois la paroi intestinale et la paroi abdominale par deux séries de sutures ou par des anses comprenant en même temps les couches cutanée, musculaire et intestinale. Dans le second cas, la perforation est *petite;* elle ne dépasse pas 1 centimètre, et peut même mesurer seulement 2 à 3 millimètres. Dans ce cas il repousse énergiquement la réduction pure et simple, et avance résolument qu'en présence d'une perforation petite ou grande, il est disposé à créer l'anus artificiel. Il ne craint pas d'aller plus loin et d'étendre le même précepte aux cas de la troisième catégorie, c'est-à-dire, aux *perforations très-petites* et aux *perforations futures*. Il appelle ainsi les cas dans lesquels la paroi n'est pas encore perforée, mais où l'on constate en un point une plaque mortifiée plus ou moins étendue qui devra tôt ou tard céder à la pression. Il proscrit les sutures intestinales dans les cas de hernie avec mortification, que la perforation soit petite ou grande, réalisée ou non. Puis il ajoute : « Peut-être j'énonce un paradoxe ; s'il en est ainsi, on ne manquera pas de le réfuter, et j'appelle de tous mes vœux les faits bien observés et assez nombreux pour me convaincre. En somme, il n'est qu'un moyen qui prévienne à peu près sûrement l'épanchement des matières dans le ventre, c'est la formation méthodique d'un anus contre nature. Donc il faut sans hésitation mettre ce moyen en

usage. Enfin il termine en énumérant les cas où il lui semble nécessaire de pratiquer immédiatement l'anus contre nature :

1° Perforation de l'intestin, grande ou petite, siégeant sur la convexité de l'anse intestinale, ou au niveau de l'anneau constricteur.

2° Ulcération incomplète portant sur la tunique externe, ou ayant divisé les tuniques internes de façon que la paroi ne consiste plus que dans la seule membrane séreuse.

3° Gangrène de l'intestin même peu étendue, et sans trace de perforation évidente.

4° Altération douteuse de la paroi intestinale n'offrant pas les caractères tranchés de la gangrène confirmée, mais laissant du doute dans l'esprit.

5° Contusion violente et étendue de l'intestin provenant le plus souvent d'un taxis immodéré, toutefois sans rupture ni gangrène.

« On trouvera peut-être exorbitantes, ajoute-t-il, les indications qui précèdent. J'y suis arrivé en lisant, non pas les livres classiques, mais les observations de hernies étranglées et terminées par la gangrène. En examinant les causes de la terminaison funeste, j'ai pu nombre de fois en accuser la réduction intempestive, et j'ai acquis la conviction qu'en retenant l'intestin au dehors on aurait pu sauver une certaine proportion de ces opérés. Je ne crois pas téméraire de le dire et de pousser autant que possible les praticiens dans une autre voie. »

Cette opinion de M. Verneuil a-t-elle été admise par les autres chirurgiens, ou bien a-t-elle été trouvée,

comme il s'y attendait lui même, exagérée et trop radicale pour des lésions si peu accentuées?

M. Bauchet dit bien que, s'il se trouvait dans des circonstances analogues à celle qu'il a rencontrée, il préférerait établir de suite un anus artificiel, mais il se hâte d'ajouter, ou au moins jeter une ligature autour de la perforation, et, plus loin, il dit qu'il retiendrait l'intestin au dehors à l'aide d'un fil passé dans le mésentère.

M. Guérin est, lui, parfaitement de l'avis de M. Verneuil. Quand un intestin est perforé ou gangrené, il ne faut jamais le réduire; il faut établir un anus contre nature, et dans ce cas le débridement est non-seulement inutile, mais dangereux.

M. Richet n'a pas peur de l'anus contre nature. « Un certain nombre guérissent spontanément, et pour d'autres, la chirurgie possède maintenant assez de ressources pour parvenir à les fermer ultérieurement. » Mais il ressort manifestement des paroles qui précèdent et qui suivent celles que je viens de citer, qu'il n'a point en vue, en acceptant l'anus contre nature, les altérations peu étendues de l'intestin, mais bien des désordres ayant des limites assez considérables, car il vient de dire immédiatement auparavant : « Quand l'intestin n'est pas perforé, qu'il présente seulement des altérations superficielles, des érosions, je le repousse doucement, avec précaution, dans la cavité abdominale, et je le laisse près de l'anneau interne.

Si l'intestin est ulcéré, perforé, je le retiens dans la plaie en passant une ligature, non pas dans le mésentère, mais à travers les tuniques de l'anse herniée. » Donc il n'établit pas l'anus contre nature.

Enfin, aussitôt après avoir dit qu'il ne craignait pas l'anus anormal, il en donne un exemple :

« J'ai en ce moment dans mes salles, un malade qu'ont vu MM. Bauchet et Verneuil, et chez lequel j'ai coupé 10 centimètres d'intestin et il est presque guéri. » Ce fait montre, en effet, que M. Richet n'hésite pas à pratiquer l'anus contre nature, quand il en est besoin. Bien certainement, chez son malade, l'anse herniée était altérée sur une assez grande surface, car on ne coupe pas 10 centimètres d'intestin pour une lésion aussi minime que celles dont nous parlons; aussi l'établissement de l'anus contre nature était-il, dans ce cas, une pratique parfaitement rationnelle.

Après les chirurgiens qui admettent la formation de l'anus contre nature, voyons ce qu'en disent ceux qui la rejettent.

Et d'abord, à la Société de chirurgie, M. Broca, prenant la parole après M. Verneuil, lui répond en disant : « Si la perforation était étendue, je partagerais cette opinion et j'établirais un anus contre nature; mais, avec une petite perforation, je ne me résoudrais pas facilement à adopter cette pratique. »

Puis, dans les séances suivantes, M. Gosselin dit qu'il n'a pas recours d'emblée à la création de l'anus contre nature, parce que, malgré la confiance qu'il a dans l'entérotomie et l'autoplastie, il considère comme un devoir d'épargner aux malades cette triste affection.

Enfin M. Velpeau, dont les préceptes ont été vivement, et à juste raison, je crois l'avoir prouvé, combattus par M. Verneuil, M. Velpeau, dis-je, critique à son tour le mode de traitement recommandé par M. Verneuil d'une façon absolue.

« J'ai entendu parler un peu légèrement, dit l'illustre chirurgien, de l'établissement d'un anus contre nature. On en guérit beaucoup, c'est vrai, quand l'anus est bien constitué, mais il en est qui sont incurables, et combien de malades ne voyons-nous pas succomber avant que l'anus soit bien établi! C'est une grave question aussi que celle qui est relative à la création d'un anus contre nature. »

M. Verneuil est forcé de reconnaître la justesse des observations de M. Velpeau : « Je le veux bien, réplique-t-il, mais enfin l'anus contre nature est une ressource qu'on doit choisir encore de préférence à d'autres méthodes moins sûres, qui comptent pourtant de zélés partisans, je veux parler de l'entérоraphie. »

Ce dernier point reste à prouver, et nous allons dans un instant en rechercher l'exactitude. Pour le moment contentons-nous de constater que la doctrine de l'établissement de l'anus contre nature dans les cas de petites perforations ou de gangrènes très-limitées de l'anse intestinale, réunit peu d'adeptes, et est repoussée, comme une mesure extrême, par tous les chirurgiens qui l'admettent avec empressement, quand des circonstance plus graves en légitiment l'emploi.

C'est ainsi que nous entendons M. Gosselin nous dire dans ses Leçons sur les hernies abdominales (1) : « On a encore donné le conseil, en pareil cas, d'ouvrir largement et d'établir de suite un anus contre nature. Je n'ai pas adopté cette manière de faire, parce que les petites perforations peuvent se cicatriser et les malades guérir sans être soumis aux dangers et aux ennuis de cette

(1) Gosselin. Leçons sur les hernies abdominales, p. 232.

grave affection consécutive. Il serait temps d'ouvrir l'intestin, si, au bout de 12 ou 15 heures d'attente, les matières n'avaient pas repris leur cours, et si les accidents d'étranglement persistaient malgré le débridement. »

Donc, nous n'établirons pas d'anus contre nature dans les cas dont nous nous occupons, et cela pour les motifs que voici : avant tout la raison se refuse à ce qu'on oppose à des lésions si peu importantes un moyen de traitement susceptible de constituer pour toujours une infirmité dégoûtante, si l'anus artificiel résiste à tous les moyens mis en usage pour le faire disparaître. En second lieu, il est, malgré l'opinion de M. Verneuil, d'autres moyens, moins radicaux et tout aussi sûrs, auxquels on doit avoir recours ; ces moyens sont : le maintien de l'intestin à l'anneau, et la suture intestinale.

3° *Maintien dans la plaie de l'intestin altéré.* — Le maintien de l'intestin altéré dans la plaie est un précepte dicté par la prudence et par la raison. Aussi voyons-nous un grand nombre de chirurgiens le préférer aux autres modes de traitement. M. Gosselin surtout en a fait la règle invariable de sa conduite dans les circonstances que nous connaissons.

Mais, si beaucoup de chirurgiens ont fixé ou fixent encore l'intestin à l'anneau pour prévenir sa rentrée dans le ventre, et les conséquences mortelles de cet accident, il en est qui ne les fixent pas du tout, et ceux qui le fixent ne s'accordent pas sur le procédé à employer dans ce but.

Au siècle dernier, les chirurgiens, suivant l'exemple de La Peyronie, passaient à travers le mésentère de

l'anse intestinale plus ou moins altérée, un fil qu'ils fixaient à l'extérieur, après avoir repoussé l'intestin dans le ventre et appliqué la portion malade à l'anneau interne.

C'était la pratique de Boyer (1) : « S'il n'y a, dit-il, qu'une tache gangréneuse de peu d'étendue, on réduira l'intestin après avoir passé un fil dans le mésentère. Malgré l'opinion de certains auteurs (2), qui considèrent que l'intestin réduit ne s'écarte presque jamais de l'ouverture herniaire, par suite des adhérences qu'il a contractées, je pense qu'il est prudent de s'en servir. »

C'est encore le fil passé dans le mésentère qu'emploieraient bon nombre des chirurgiens actuels. Ainsi, à la Société de chirurgie, M. Bauchet, indiquant sa conduite pour l'avenir, disait : « En pareil cas, je passerais un fil à travers le mésentère, et je le laisserais à l'extérieur, de façon à empêcher l'intestin de quitter la région où il s'est hernié ; je réduirais l'anse intestinale avec ou sans suture, suivant la perforation. »

M. Chassaignac conseille aussi de passer un fil dans le mésentère pour retenir l'anse intestinale près de l'anneau, mais avec cette différence qu'auparavant il a fait la suture de l'intestin, et que le but de ce maintien dans la plaie est d'éviter les tractions dangereuses exercées par le fil de la suture. MM. Broca et Verneuil donnent le même précepte dans les mêmes circonstances, et, ainsi que Boyer, ne s'en rapportent pas à la parole de Lawrence. D'ailleurs M. Broca employa ce moyen chez une femme dont je rapporterai l'histoire plus loin.

(1) Traité des maladies chirurgicales, tom. VIII, pag. 163.

(2) Scarpa, traité des hernies, 1812. Lawrence, traité des hernies, 1818. Ast. Cooper, œuvres chirurgicales.

Les autres chirurgiens, trouvant des inconvénients et même des dangers dans l'emploi du fil passé à travers le mésentère, ont fixé l'intestin par d'autres procédés.

Les uns, suivant la méthode que Palfin employait dans les plaies de l'intestin, traversent l'anse herniée, dans la partie qui est gangrenée, avec une anse de fil dont ils fixent les extrémités sur les téguments avec des morceaux de diachylon. Tels sont, par exemple, M. Richet et M. Huguier. « Quand l'intestin est perforé, dit M. Richet, je le retiens au dehors, et je préfère une suture faite sur la convexité de l'intestin, et dans laquelle est aussi compris le sac, à un fil passé dans le mésentère, qui ne peut que gêner la circulation intestinale. » Comme nous allons le voir tout à l'heure, M. Huguier, quand il n'existe pas d'adhérences, fixe l'intestin dans la plaie en passant des points de suture à travers les appendices épiploïques qui peuvent se trouver parmi les parties herniées. Mais, quand il n'y a ni adhérences, ni appendices épiploïques, il agit comme M. Richet : « Je traverse, dit-il, avec un fil les parois intestinales, dans la partie qui paraît gangrenée, et je fixe ainsi l'anse herniée dans la plaie. Si l'intestin se gangrène, peu importe, ce n'est pas le fil qui pourra déterminer la gangrène. Et si l'intestin doit résister à ce travail ulcératif, le fil ne pourra pas le provoquer. »

Les autres, au lieu de passer leur fil à travers le mésentère, le passent dans les portions d'épiploon qui peuvent entourer l'anse intestinale, mais encore faut-il que la tumeur herniaire soit une entéro-épiplocèle, et non une entérocèle pure. Ainsi agit M. Huguier : « Je crains qu'un fil passé dans le mésentère ne produise un coude de l'intestin, et je rejette cette méthode. Si l'in-

testin ne me paraît pas suffisamment fixé par les adhérences, alors je cherche s'il n'y a pas autour de l'anse herniée quelques appendices épiploïques. Voici ce que j'ai fait le 14 mars à l'hôpital Beaujon :

« Une femme était entrée dans mon service ; je vins la voir le soir à l'hôpital, et je trouvai la malade dans un état très-grave.

« La hernie était étranglée depuis plusieurs jours; la face était profondément altérée, la voix éteinte, le pouls petit; refroidissement général du corps. Je pratiquai l'opération, sans tarder, et, le débridement opéré, les matières contenues dans l'anse herniée rentrèrent immédiatement. Toutefois, je trouvai l'intestin trop altéré pour le réduire, et je me félicite de ce que j'ai fait. Il y avait autour de l'anse étranglée deux appendices épiploïques sur lesquels je passai deux points de suture. L'intestin, fixé dans cette position, fut laissé à l'anneau. Le lendemain 15, le 16, le 17, la femme n'allait pas mal. Le 18, l'eschare tomba, et il se fit à l'extérieur un épanchement de matières stercorales. Si j'avais réduit, peut-être cet épanchement eût-il eu lieu dans la cavité abdominale, à moins que des adhérences n'eussent entouré l'intestin pour prévenir cet accident. »

4° Enfin un certain nombre de chirurgiens maintiennent bien l'intestin dans la plaie, mais n'emploient pour cela aucun procédé de suture. M. Gosselin, comme je l'ai dit déjà, est le principal représentant de cette manière de faire.

Nous avons vu, dans notre premier chapitre, à propos des règles formulées pour l'établissement de l'anus contre nature, que Scarpa, Lawrence, A. Cooper, regardant le fil de La Peyronie comme une précaution tout à fait inutile, n'employaient aucun moyen pour retenir l'intestin dans la plaie.

Ce sont encore ces chirurgiens qui, dans les cas de gangrènes intestinales limitées, après avoir conseillé de retenir l'anse herniée à l'anneau, enseignent d'abandonner pour cela toute espèce de ligature. Ainsi Law-

rence (1) : « Quand une portion seulement du canal est affectée de gangrène, on doit le replacer dans la cavité, la portion mortifiée tournée vers la plaie, et attendre, sans rien faire, le résultat des efforts de la nature. Une ligature dans le mésentère est complétement inutile, car l'intestin ne s'éloigne pas de l'anneau. » Il s'appuie pour confirmer sa doctrine sur le témoignage de Desault (2) qui « ne passe pas de ligature dans le mésentère, étant convaincu par l'expérience et surtout par la dissection, que la partie qui a formé la hernie ne s'éloigne pas de l'anneau, et qu'il n'y a pas de raison de craindre. »

Puis nous lisons dans le Traité de la hernie de Ast. Cooper (3) : « L'intestin ne présente-t-il qu'une petite eschare, et ses adhérences sont-elles faibles et peu étendues, je le replace dans l'abdomen, à l'exception de la partie gangrenée que je laisse à la partie supérieure du sac. » Puis il ajoute cette remarque pratique . « Dans ce temps de l'opération on verra facilement combien il est avantageux de ne pas prolonger l'incision des téguments très-haut. La partie gangrenée doit être placée de manière qu'elle soit protégée par une portion des téguments qui n'ait pas été divisée, circonstance qui diminue beaucoup les chances d'un anus contre nature. Les téguments favorisent l'adhérence de l'intestin avec les parties environnantes ; aussi voit-on cesser l'écoulement des matières fécales d'autant plus promptement que l'ouverture intestinale est moins à découvert. »

(1) Lawrence. Traité des hernies, trad. de P. Béclard et J. Cloquet. 1818, page 301.

(2) Journal de chirurgie, vol. II, page 336.

(3) Astley Cooper, Œuvres chirurgicales, traduct. de Chassaignac et Rousselet.

Mais voici, à la page 261, quelque chose de plus, et d'entièrement original. Dans certains cas il ne se contenterait plus de maintenir l'intestin, il ferait davantage : « Si, dit-il, la portion sphacélée était très-petite, et située au centre d'un tissu parfaitement sain, je réduirais l'intestin à l'orifice du sac, j'appliquerais celui-ci sur la partie gangrenée, dans l'espoir que des adhérences s'établiraient entre le sac et l'intestin, et que l'eschare serait éliminée par l'intérieur du canal intestinal. Il serait alors possible d'éviter la formation d'un anus contre nature. » Comme cette manière de faire est ingénieuse et pleine de sens pratique ! Vraiment elle devrait faire oublier toutes les autres, si, comme se hâte de le faire remarquer son illustre auteur, les circonstances qui comporteraient un pareil mode de traitement ne devaient pas nécessairement être fort rares. Enfin il termine en disant que la ligature à travers le mésentère est une précaution qui n'est pas nécessaire, parce que l'intestin conserve sa position et contracte promptement des adhérences.

Arrivons enfin à la pratique de M. Gosselin. Il nous l'a fait connaître pendant la discussion de la Société de chirurgie, et il l'expose clairement dans ses Leçons sur les hernies.

Après avoir dit qu'il repoussait de toutes ses forces la réduction de l'intestin perforé, de peur d'encourir le reproche d'avoir causé la mort d'un opéré, et, en second lieu, qu'il ne pratiquerait pas la suture jusqu'à plus ample informé, il ajoute que, pour ces raisons, il a donné la préférence à l'abandon dans la plaie à la suite d'un débridement convenable.

« De deux choses l'une, dit-il, ou bien la paroi intestinale qui ne paraissait pas gangrenée autour de la perforation, l'est en réalité, et alors l'anus contre nature s'établit de lui-même inévitablement ; ou bien la paroi intestinale reste saine ; alors, en maintenant l'anse dans la plaie, la perforation laisse échapper au dehors une partie des gaz et des matières intestinales, une fistule stercorale s'établit, puis la réduction se fait peu à peu et spontanément, et lorsque la perforation arrive au niveau de la cavité péritonéale, ou bien elle est déjà cicatrisée, ou bien elle est circonscrite par des adhérences, et tôt ou tard la fistule doit se fermer. »

Il regrette de n'avoir que quelques faits à produire. Trois fois il a trouvé une petite perforation, et trois fois il a agi de la même manière. Chez le premier malade, il se fit une petite fistule stercorale, l'intestin se retira peu à peu, et la malade guérit. Chez les deux autres, il y eut gangrène ; au bout de quelques jours il se forma un anus contre nature, et tout deux succombèrent quelque temps après, mais il n'y eut pas d'épanchement dans le péritoine, et la mort, dans ce cas, ne doit être attribuée ni à la perforation, ni à l'opérateur. La péritonite qui emporta les malades était ici, comme si souvent, la conséquence directe de l'étranglement. Dans ces cas, du reste, il n'employa pas de fil pour retenir l'intestin au dehors, parce que cet organe a peu de tendance à rentrer brusquement, si on a soin de ne pas le comprimer, et sa réduction spontanée étant lente, on peut compter sur les adhérences pour s'opposer à l'épanchement péritonéal.

Voici maintenant le précepte, tel qu'il est énoncé dans le livre de M. Gosselin : « Si on trouvait positivement

une ou plusieurs perforations, je conseille encore (comme dans les lésions douteuses de la paroi intestinale) de laisser l'intestin au dehors, sans l'assujettir au moyen d'un fil passé dans le mésentère, et d'attendre la terminaison naturelle de la fistule stercorale, ou celle de l'anus contre nature, dans le cas où la paroi intestinale se gangrènerait et s'éliminerait. »

La doctrine, dont M. Gosselin se fait aujourd'hui le vulgarisateur, dénote sa prudence et sa sagesse, et lui fait le plus grand honneur, mais enfin l'adopterons-nous? Sans doute, c'est jusqu'ici le moyen le mieux en rapport avec le peu d'importance des lésions, et qui remplit les indications de la façon la plus logique, puisque, si l'altération s'arrête dans sa marche, sa guérison n'est pas entravée, et si elle continue ses progrès jusqu'à la désorganisation complète, l'épanchement, à la chute de l'eschare, se fait librement au dehors, et aucune complication ne peut, de son fait, survenir du côté de la séreuse péritonéale.

Je reconnais avec empressement ces immenses avantages, et pourtant l'objection que je vais présenter me paraît avoir assez de valeur pour ne pas faire adopter cette méthode, toutes les fois au moins où l'altération morbide des tuniques de l'intestin devra manifestement poursuivre son cours. Or, comme il est bien difficile souvent de prévoir, d'après l'examen des parties, s'il en sera ainsi ou autrement, il faut, je crois, dans le doute où l'on se trouve, se comporter comme si la gangrène ou l'ulcération devaient suivre leur marche jusqu'à l'ouverture de l'intestin. Il est bien évident, en effet, que si la lésion doit guérir, on n'a rien à perdre et tout à gagner par la méthode du maintien de l'intestin à l'an-

neau ; mais, si le travail pathologique continue ses progrès, on ne peut éviter la formation spontanée et fatale de l'anus contre nature, ou au moins d'une fistule stercorale. La guérison de la complication de l'étranglement herniaire ne sera donc pas obtenue réellement, puisqu'il restera une affection parfois grave et toujours fâcheuse, assez souvent incurable, et dont le moindre inconvénient sera alors de persister à l'état d'infirmité sale et fétide, source d'ennuis continuels pour le malade, et de dégoûts insurmontables pour ceux qui l'entourent. Mais si, tout en laissant la partie malade de l'anse intestinale à l'orifice de l'anneau, on avait préalablement enfermé, comme je l'indiquerai bientôt, dans un pli de la paroi de l'intestin, à l'aide d'un ou de plusieurs points de suture, les eschares et les perforations, on n'aurait plus à redouter maintenant l'ouverture de l'intestin et les conséquences mauvaises que nous venons de signaler. Ainsi, c'est par la suture seule que nous pourrons arriver à ce résultat, ct c'est elle que nous devrons employer.

Rejetons donc, comme un moyen insuffisant, dans les cas de petites perforations ou d'eschares très-limitées, la méthode de M. Gosselin, et employons à sa place la suture intestinale qui doit donner des résultats parfaits. Est-ce à dire que nous laisserons complétement de côté la méthode du maintien de l'anse herniée à l'anneau ? Non, et nous verrons dans la suite, quand nous parlerons de notre troisième catégorie de gangrènes intestinales, de ces cas intermédiaires où l'eschare est peu étendue, trop cependant pour rentrer dans la classe de faits que nous étudions, nous verrons, dis-je, que le meilleure mode de traitement, le plus rationnel et le plus

pratique, est la méthode de M. Gosselin. Mais, pour l'instant, nous nous occupons des toutes petites altérations de l'intestin, et c'est ici que nous avons démontré, je crois, l'utilité et même la nécessité logique de l'emploi de la suture.

4° *Suture de l'intestin perforé ou gangrené* – Etudions maintenant cette méthode. Notre but, nous l'avons dit, est de la faire prévaloir dans les cas précis que nous savons, parce que nous nous croyons en mesure de prouver son innocuïté et sa complète réussite dans les circonstances où elle a été employée. Cette partie de notre travail en sera donc le côté original, et nous serons heureux si nous rallions à notre opinion plusieurs chirurgiens éminents qui n'attendent que des faits pour être persuadés.

J'ai appelé le mode de traitement consistant dans l'emploi de la suture, méthode d'Astley Cooper, parce que c'est, en effet, l'illustre chirurgien anglais qui le premier ferma une perforation intestinale au moyen d'une ligature jetée autour d'elle. Pour bien apprécier les faits, je crois bon de distinguer dans la méthode générale deux procédés distincts : la *ligature circulaire*, la première employée, et la *suture proprement dite* dont, pour notre part, nous donnerons une observation détaillée. Occupons nous d'abond de la *ligature circulaire*.

La première fois qu'Ast. Cooper mit en usage ce mode de traitement, ce fut dans une opération de hernie étranglée, pratiquée sur un jeune homme de 21 ans, Joseph Curtis, à l'hôpital de Guy, le 9 décembre 1800 (1).

(1) Ast. Cooper. Œuvres chirurgicales, Paris, 1837, observ. 222.

« Le sac renfermait une anse d'intestin grêle de quatre pouces de longueur, d'un rouge livide; le testicule était situé à la partie inférieure du sac. L'index de la main gauche étant introduit dans la plaie, on reconnut que l'étranglement siégeait à l'orifice du sac, sur lequel on débrida; un liquide jaunâtre s'écoula aussitôt, et, en refoulant l'intestin, on y aperçut une ouverture pour laquelle s'était échappé ce liquide. La circonférence de cette plaie fut saisie aussitôt avec une paire de pinces, et embrassée par une ligature. L'intestin ayant été ensuite réduit, la plaie des téguments fut réunie à l'aide de cinq points de suture et de bandelettes agglutinatives. Le malade supporta très-bien l'opération et parut immédiatement soulagé. » Après des signes de péritonite survenus le lendemain, combattus par les saignées et le calomel, et qui disparurent bientôt, le malade se levait le 29 décembre et sortait guéri le 11 janvier 1801.

Dans le *Bulletin chirurgical* de M. le professeur Laugier, nous trouvons la relation d'une opération de hernie inguinale étranglée, qu'il fit en présence de M. Jobert de Lamballe (1).

« J'attirai avec ménagement une petite portion d'intestin pour examiner l'endroit qui avait été soumis à l'étranglement, quand cette traction suffit pour déchirer un point affaibli de la paroi du bout supérieur de l'intestin, et aussitôt un petit jet de matières fécales fluides signala cette déchirure. Elle avait à peine deux lignes dans tous les sens. Sur la circonférence de cette ouverture, l'intestin me parut sain, et je me déterminai de suite à faire ce que fit dans un cas de lésion de l'intestin par la pointe du bistouri, M. le professeur J. Cloquet, et A. Cooper dans un exemple de perforation spontanée. Je saisis les bords de l'ouverture avec une pince à disséquer, et une ligature circulaire fut serrée par M. Jobert autour des lèvres ainsi soulevées de la perforation intestinale. L'intestin était, du reste, sans altération qui pût contre-indiquer sa réduction, et, après l'avoir réduit, je retins dans le voisinage de l'orifice supérieur du canal inguinal la portion d'intestin qui portait la ligature dont les deux chefs furent collés sur l'abdomen par une bandelette de diachylon. Le malade était complétement guéri un mois après l'opération. »

M. Broca a rapporté à la Société de chirurgie une nouvelle observation de ligature circulaire.

(1) Bulletin chirurgical, t. Ier, p. 17.

J'ai opéré, dit-il, rue Ménilmontant, une femme atteinte de hernie crurale étranglée depuis deux jours. Le taxis n'ayant rien produit, je procédai à l'opération. Après avoir fait le débridement, j'attirai l'intestin au dehors, et je constatai, à la face inférieure de l'anse herniée une petite perforation. Je fis une ligature circulaire, et j'en gardai les deux chefs dans la plaie. Le cours des matières se rétablit promptement, la ligature tomba au huitième jour, et tout allait au gré de nos désirs, lorsque, le treizième jour, cette femme fut prise de coliques, de vomissements, et elle fit un avortement à deux mois et demi de grossesse. A la suite de ces accidents, elle mourut rapidement.

« L'avortement a-t-il été provoqué par les accidents de la hernie, ou a-t-il lui-même été la cause de la mort de la femme? En résumant par la pensée ce qui s'était passé depuis l'opération, je suis plutôt porté à admettre la seconde hypothèse, et ce fait me paraît devoir être invoqué au point de vue de la pratique qui consiste, dans un cas semblable, à retenir dans la plaie les deux chefs de la ligature. »

Voilà les seules observations, que j'ai pu réunir, de ligatures circulaires pratiquées dans le but de combattre les petites perforations survenues dans les hernies étranglées. J'ai bien trouvé d'autres exemples, mais dans ces cas les perforations reconnaissaient des causes autres que l'ulcération et la gangrène.

Telle est, par exemple, dans *Philosophical transactions,* une observation de Claudius Amyand, relative à une perforation de l'appendice du cæcum par une épingle.

L'enfant de onze ans qui fait le sujet de cette observation, avait été admis à l'hôpital de Guy pour une hernie inguinale congénitale et une fistule scrotale communiquant avec la hernie, et qui depuis un mois donnait issue à une grande quantité de matières fécales. Se rendant à l'opinion des médecins et des chirurgiens qui étaient présents, Amyand amputa l'appendice cæcal, jeta une ligature circulaire autour de l'ouverture, puis replaça l'intestin dans l'abdomen, de manière à pouvoir établir facilement un anus contre nature, si l'état consécutif du patient venait à l'exiger. Le malade guérit sans accidents.

Quant à la *suture proprement dite*, elle n'a pas été jusqu'ici, il faut croire, très-souvent employée par les chirurgiens dans les cas d'eschares très-restreintes de l'intestin. J'ai fait à ce sujet beaucoup de recherches, et je n'ai point trouvé d'observations indiquant positivement que la suture eût été pratiquée contre des altérations gangréneuses de l'anse herniée. Les observations de suture que j'ai vues consignées dans les divers recueils ont toutes rapport à des cas d'ouvertures malheureuses de l'intestin par la pointe du bistouri dans l'opération du débridement. Telles sont celles de J. Cloquet (1), de Gély (2), de M. Verneuil et de M. Giraldès (3).

Je ne nie pas qu'il existe dans la science des faits semblables à celui que je vais rapporter, mais j'avoue que je n'en ai point trouvé.

Voici ce fait remarquable que j'ai observé, pendant mon internat, dans l'important service de chirurgie de l'Hôtel-Dieu d'Angers. L'opération a été pratiquée par mon maître M. le Dr Daviers, directeur de l'École de médecine, et chirurgien en chef des hôpitaux.

Françoise Lemaire, âgée de 44 ans, demeurant à la Chapelle-Saint-Lezin, près Angers, a été mariée deux fois; elle a eu trois enfants de son premier mari, et aucun de son second. Pendant sa dernière grossesse qui date de quatre ans, elle s'aperçut, vers le sixième ou septième mois, qu'une hernie lui était survenue du côté gauche. Elle la fit rentrer elle-même, et plusieurs fois depuis, mais à de longs intervalles, quand elle marchait ou bêchait son jardin, la hernie sortit et rentra facilement sous l'influence de légères pressions. Il y avait trois semaines que cet accident n'était arrivé, quand le mardi

(1) Archives de médecine, 1re série, t. XI.

(2) Recherches sur l'emploi d'un nouveau procédé de suture contre les divisions de l'intestin, Nantes, 1844, p. 52.

(3) Bulletin de la Société de chirurgie, 1861, 2e série, t. II, p. 138 et 139.

9 mars 1869, la malade, encore occupée à travailler dans son jardin, sentit sa hernie sortir brusquement, et pressant sur elle avec ses mains, ne put la faire repasser dans le ventre. Immédiatement elle fut prise de coliques violentes qui la forcèrent à rentrer dans sa maison, et qui devinrent bientôt intolérables. Folle de douleur, elle se roulait d'un lit sur l'autre sans pouvoir trouver un instant de répit.

Le médecin de l'endroit fut appelé, et, après avoir essayé, mais inutilement, le taxis, il envoya chercher à Angers, M. le Dr Guichard, qui, absent, ne put venir. Alors il engagea vivement la malade à aller à l'hôpital. Cette brave femme aurait bien voulu suivre ces conseils, mais, à la tête de sept enfants, trois à elle et quatre que son second mari lui avait apportés en mariage, elle ne put se décider à les laisser seuls à la maison, surtout le plus petit. Le lendemain elle commença à vomir; ces vomissements furent d'abord peu fréquents, bilieux, et s'accompagnèrent d'éructations; ils se répétèrent bientôt à de courts intervalles, plus tard même ils devinrent presque continuels, et depuis quatre jours, lors de l'entrée de la malade, ils étaient formés de matières fécaloïdes. La fièvre était vive, la soif intense, et pour se désaltérer la malade buvait beaucoup, ce qui augmentait encore la fréquence des vomissements. Aucune selle depuis le début des accidents; coliques incessantes; douleur abdominale atroce.

Le médecin revint quatre fois voir la malade sans pouvoir la décider à aller à l'hôpital; à la fin, le 16, c'est-à-dire sept jours après les premiers symptômes de l'étranglement, il la menaça d'une mort certaine si elle ne s'y faisait conduire immédiatement. C'est alors que, cédant aux instances des siens, elle fut amenée et entra le 17, vers midi, à l'Hôtel-Dieu d'Angers.

La hernie est crurale située à gauche, marronnée, petite, incolore, complétement indolore. La face est grippée, les vomissements incessants, les douleurs abdominales insupportables, la fièvre intense. L'opération a lieu le jour même à quatre heures.

Transfixion du pli de la peau fait sur la tumeur; incision du tissu cellulaire sous-cutané et des couches superficielles; l'incision du dernier feuillet met à découvert une atmosphère graisseuse formée de petits lobules, dont l'un plus gros que les autres, situé en dehors, ressemble à un ganglion lymphatique. Ces lobules sont assez difficiles à séparer, réunis qu'ils sont par des tractus celluleux. Au centre de cette atmosphère graisseuse se voit la hernie que le chirurgien isole des parties environnantes et pédiculise en déchiquetant avec

l'ongle et des pinces les adhérences celluleuses. En pinçant avec la pulpe du pouce et de l'index la surface herniaire, il cherche à reconnaître si c'est déjà la paroi intestinale qui se présente, ou si cette dernière n'est pas encore recouverte du sac. Les doigts ne pouvant saisir le moindre pli, ni sentir ce glissement de deux membranes, l'une sur l'autre parfois si caractéristique, le chirurgien se décide, tout en annonçant la presque certitude qu'il a de l'existence d'un dernier feuillet constituant le véritable sac, car il ne considère pas comme le sac la membrane qui enveloppait le pannicule graisseux qu'il vient de déchirer, le chirurgien se décide, dis-je, à débrider sur-le-champ. Le sac, en effet, pouvait être complétement adhérent à l'intestin, et partant ne pas répondre aux épreuves précédemment décrites.

Le bistouri d'Astley Cooper, porté sur le ligament de Gimbernat, y fait deux incisions, et l'anneau est ainsi dilaté. Alors la surface dela tumeur moins tendue permet de saisir avec les pinces et de déchirer un mince pli membraneux, et de décortiquer, pour ainsi dire, l'anse intestinale, qui se montre alors avec son aspect ordinaire.

Le doute d'ailleurs n'est plus possible parce qu'on aperçoit sur elle l'encoche produite par l'agent constricteur, et parce qu'elle se laisse facilement attirer au dehors. La membrane qu'on venait d'enlever était donc bien le sac qui ne contenait aucune trace de liquide et dont la face interne était intimement accolée sans aucune espèce d'adhérences à la surface externe de l'intestin. Cette anomalie avait été la cause de l'hésitation momentanée de l'opérateur. L'anse intestinale qui appartenait à l'intestin grêle n'offrait ni affaissement, ni ramollissement, ni coloration, feuille morte indiquant la gangrène sur sa convexité, mais l'encoche était fortement marquée, et un peu au-dessous d'elle on apercevait deux petites plaques jaunâtres, circulaires, ramollies, placées l'une à côté de l'autre, l'une de la grandeur d'un grain de millet, l'autre de celle d'un grain de chênevis. La plus grande offrait à son centre une perforation presque imperceptible donnant issue sous la pression des doigts à une gouttelette d'un liquide louche et adorant qui n'était autre que le liquide intestinal.

Après avoir réfléchi pendant quelques instants, et s'être assuré de l'intégrité parfaite du la paroi intestinale autour de ces petites eschares, le chirurgien demande du fil et une aiguille ordinaire, et s'apprêter à faire la suture. Voici comment il y procéda.

L'aiguille fut d'abord enfoncée transversalement à la direction du canal intestinal, à 4 ou 5 millimètres au-dessus et à gauche des petites plaques gangrénées, et ressortit à 4 ou 5 millimètres au-dessus et à droite des mêmes plaques.

Un premier fil fut donc ainsi passé au dessus d'elles; un second fut passé au-dessous de la même manière que le premier, puis les extrémités droites des deux fils furent nouées entre elles et leurs chefs coupés au ras du nœud ; enfin, on tira sur les extrémités gauches des deux fils, pendant qu'avec la pointe d'une paire de ciseaux fermés, on déprimait transversalement la portion de la paroi intestinale intermédiaire aux deux fils, de façon à produire à la surface interne de l'intestin un pli saillant, une sorte de valvule, et à sa surface externe un sillon dont le fond était formé par les petits points sphacélés et le tissu environnant, et dont les faces latérales étaient adossées l'une à l'autre grâce à la pression exercée sur elles de dedans en dehors par la portion des fils placée à l'intérieur de la cavité digestive. Les extrémités droites des fils furent, en dernier lieu, nouées ensemble et coupées au ras du nœud, et l'anse intestinale fut réduite avec la précaution de retenir à l'orifice de l'anneau la partie où l'on venait d'appliquer la suture.

Pour terminer l'opération on fit un pansement simple, et l'on ordonna à l'intérieur de la limonade à la glace, du bouillon et du vin rouge sucré et coupé avec nne grande quantité d'eau. Les purgatifs par la bouche et en lavements ne furent point employés de suite, pour ne pas exciter les contractions intestinales et laisser à la suture le temps de consolider la réunion.

Le soir, la malade eut encore un vomissement, mais peu abondant, et qui ne se renouvela point. Dans la nuit et le lendemain, au matin, deux petites selles claires, liquides, et quelques gaz.

Dans la journée du 18, le ventre n'est que médiocrement ballonné et douloureux, la langue est un peu sèche, mais nullement sale, la soif est très-notablement diminuée, le pouls est à 96; le facies est notablement amélioré.

Le 19, aucune selle; quelques gaz par l'anus; douleur abdominale bien moins vive, affaissement du ventre, disparition de la soif; la malade se trouve bien; pouls à 96.

Le 20, état très-satisfaisant ; pas de fièvre. Pas encore de selle.

Le 21, Continuation du mieux. La malade prend un lavement simple le soir; aucune selle.

Le 22. lavement purgatif le matin; aucune selle.

Le 23, lavement purgatif le matin; la malade se trouve mal à l'aise; ventre douloureux, météorisme; anxiété, pouls vif. Lavement purgatif le soir.

Dans la nuit, ce lavement produit deux petites selles, et deux autres le matin du 24, plus abondantes que celles de la nuit.

Le 24, état parfait.

Le 26, la malade prend 10 grammes d'huile de ricin émulsionnée en deux fois. Cette purgation produit d'abondantes selles pendant la nuit. Malgré les plus grandes recommandations, les selles sont jetées, et il est impossible de constater le rejet de la suture et des débris de la paroi intestinale.

Le 27, état excellent. La malade se lève sur son séant, a très-bonne mine, mange des potage et du riz.

Les jours suivants, la malade va de mieux en mieux: les selles sont assez faciles; on augmente rapidement son régime, on lui permet de se lever, et, comme elle a hâte de retourner à ses enfants, elle demande son exeat, et quitte l'hôpital le 3 avril complétement guérie.

Si cette observation était la seule qui existât, ce que je suis loin encore une fois de prétendre, il me semble qu'elle serait suffisante pour entraîner la conviction, et permettre d'établir en règle générale que le plus sûr moyen et en même temps le plus efficace de s'opposer aux altérations morbides de l'intestin très-peu étendues et parfaitement limitées, ulcérations, perforations et gangrènes, est la suture par adossement des séreuses.

Depuis longtemps les chirurgiens ont entrevu les avantages de ce mode de traitement, et aujourd'hui encore beaucoup d'auteurs reconnaissent que la suture est peut-être supérieure aux autres moyens thérapeutiques dans les cas dont nous parlons, mais, comme aucun fait n'est produit, les uns avouent que, rien ne venant corroborer leur manière de voir, ils s'abstiendront tant que la question sera en litige; les autres disent qu'en pareilles circonstances ils feraient la suture, ils conseillent de la faire, indiquent la façon de s'y prendre, mais tout se borne à des avis, et ils ne donnent aucun exemple.

D'un autre côté un certain nombre de chirurgiens repoussent catégoriquement la suture, et donnent les raisons de leur conduite.

Il est donc nécessaire d'examiner à fond le pour et le le contre de cette importante question, et de rechercher ce qu'il y a de vrai de part et d'autre, afin de se faire une opinion exacte sur valeur de la suture.

Sans remonter au delà de l'époque actuelle, voyons quelles ont été, dans la fameuse discussion de la Société de chirurgie, les partisans et les adversaires de la suture intestinale, dans les cas de petites perforations ou d'eschares très-restreintes.

M. Chassaignac, dans la première séance, s'exprime nettement : « Si l'intestin est malade, si l'étranglement a été porté au point de l'altérer profondément, si surtout il existe une petite perforation, il ne faut pas se contenter de réduire, comme le dit M. Velpeau, mais il faut suivre la pratique conseillée par A. Cooper et d'autres chirurgiens anglais : pincer la portion altérée, et jeter une ligature autour de ce point, le pédiculiser, en un mot. Quand la ligature tombe, des adhérences se sont établies et l'on prévient ainsi les dangers de l'épanchement. Si l'on pince l'intestin, le cours des matières se rétablit moins bien, et je pense que ce n'est pas là une bonne pratique. »

C'est aussi l'avis de M. Broca : « Quand une petite perforation existe sur un intestin d'ailleurs sain, on peut faire une ligature et réduire. »

M. Bauchet ne repousse pas la suture, et il se déciderait à l'employer avant de réduire l'intestin. M. Huguier admet et emploie bien la suture, mais seulement lorsque l'intestin est coupé par l'étranglement. Alors il adosse séreuse à séreuse par trois ou quatre points de suture, ne traversant que la tunique péritonéale et le et le tissu sous-séreux.

M. Gosselin se rallierait bien volontiers à la suture, si on lui citait plusieurs exemples authentiques de guérison, mais jusqu'ici il n'y a pas eu recours, parce qu'il ne connaît pas assez de succès, à la suite des sutures faites sur l'intestin gangrené, et parce que théoriquement il craint la non-réunion sur une paroi intestinale enflammée et altérée par l'étranglement.

Seul, M. Giraldès, prend la défense de la suture intestinale, non-seulement de la ligature circulaire, mais de la suture perfectionnée, et prouve par les faits relatés jnsqu'ici que la suture n'est pas, comme on l'a dit, une opération dangereuse, et que c'est le moyen qui offre le plus de chances de succès dans les altérations peu étendues de l'anse herniée. Dès la première séance, il fait connaître son opinion : « Quand l'intestin est perforé, soit spontanément, soit accidentellement, je pense qu'il est bien de pratiquer la ligature, et je donne la préférence à la suture de Gély, de Nantes. » Nous l'entendons de nouveau, dans la dernière séance, s'efforcer de faire triompher ses idées.

« Toutes les fois, dit-il, qu'à la suite d'une opération de hernie étranglée, on rencontre l'intestin perforé par une petite ouverture, placée au siége de l'étranglement ou ailleurs, si les parois ne sont pas altérées, il y a avantage à fermer la perforation au moyen d'une suture et à réduire l'intestin ; dans ces cas, le meilleur procédé de suture à employer est la suture de Gély, non-seulement à cause de sa facile exécution, mais comme réunissant aussi toutes les conditions nécessaires pour obtenir l'adossement des séreuses de l'intestin.

« Cette opinion ne paraît pas avoir trouvé faveur auprès de beaucoup des membres de la Société. On dit que cette

pratique est plutôt fondée sur des résultats obtenus chez des animaux que sur des faits cliniques ; que, rarement employée, on trouverait à peine dans la science des observations de sutures intestinales. On vient d'entendre M. Gosselin dire qu'il n'avait pas grande confiance dans la suture, lorsque l'intestin malade avait été soumis pendant quelques jours à l'étranglement. Cette opinion, formulée d'une manière aussi précise, est de nature à faire rejeter de la pratique un moyen qui a donné de bons résultats. C'est pourquoi il s'est demandé jusqu'à quel point on pouvait soutenir une telle assertion et sur quelles bases elle était fondée. Y a-t-il dans la science des faits assez pertinents pour le faire rejeter d'une manière absolue ? Il a réuni vingt-deux observations dans lesquelles la suture intestinale a été pratiquée.

Afin de mieux faire apprécier, dans l'espèce, les avantages des sutures intestinales, il a groupé ensemble les cas de simple perforation et ceux de gangrène complète, dans lesquels la partie gangrenée a été reséquée en totalité, et les deux bouts de l'intestin réunis par la suture. En procédant ainsi, il a les deux points extrêmes du problème à résoudre.

Des quatre catégories dans lesquelles il range ces faits, deux seulement nous intéressent, la première et la seconde. Dans la première, il place les cas dans lesquels l'intestin hernié et gangrené a été retranché en grande partie, et les deux bouts réunis ou invaginés. Dans ces cas, qui sont au nombre de 10, 6 malades ont guéri, 1 est mort, et chez les trois derniers il s'est formé un anus contre nature.

Pour nous cette première catégorie ne doit plus avoir

la valeur qu'elle aurait eue, si nous n'avions pas traité au début de ce travail la question de la suture dans les cas de sphacèle complet de l'anse herniée. Mais nous avons positivement établi alors que, malgré les succès merveilleux relatés par les auteurs, la suture intestinale, par quelque procédé qu'on la pratiquât, devait être rigoureusement rejetée par le chirurgien dans des cas semblables.

Mais il n'en est plus de même quand il s'agit de la gangrène d'une partie très-restreinte de la paroi intestinale, et c'est ce qui fait que les faits rangés par M. Giraldès dans sa seconde catégorie sont pour nous d'un haut intérêt pratique.

Dans cette seconde catégorie, en effet, il place les cas de simple perforation ou de gangrène partielle consécutive à l'étranglement. Tels sont les cas d'Ast. Cooper (Anatomy and surgical Treatise of Hernians); Lawrence (Treatise on Hernia); Gibson (Instituts of Surgery); Nuncianti (Guthrie wound of Abdomen); Cloquet (Archives de médecine); Laugier (Bulletin chirurgical). En tout sept observations dans lesquelles la suture a été employée avec succès.

Ces faits, je me plais à le croire, dit M. Giraldès en terminant, montrent que la suture intestinale n'est pas une opération aussi dangereuse et aussi inutile qu'on a bien voulu le dire, et qu'en laissant même à l'écart les belles expériences de Travers, Gross, Smith, etc., et en s'appuyant seulement sur les faits classiques, on est autorisé à conclure que, dans les cas de perforation des intestins à la suite des hernies étranglées, alors que les parois intestinales ne sont pas profondément altérées, il

y a avantage à fermer la perforation par une suture et à réduire l'intestin. »

Après les partisans plus ou moins avoués de la suture, nous devons passer en revue le groupe de ses adversaires. C'est d'abord M. Verneuil qui, après l'avoir adoptée et s'en être servi dans un cas malheureux, tend à la rejeter aujourd'hui, et, comme nous l'avons vu, n'hésite pas à pratiquer sur-le-champ l'anus contre nature. Et voici quelles sont ses raisons : la suture a été rarement pratiquée chez l'homme; pour qu'elle offre des chances de succès, il faut qu'elle soit appliquée sur une partie saine de l'intestin.

Pour M. Richet, la suture n'est pas une bonne pratique, toujours pour la même raison : « Autre chose est de faire une suture sur un intestin blessé accidentellement, ou sur un intestin ulcéré ou gangrené. »

Les objections faites à la suture intestinale se résument donc en trois principales : 1° On se base pour proposer la suture sur des expériences faites sur les animaux; 2° les observations de sutures intestinales employées chez l'homme sont trop rares pour prouver l'innocuité et l'efficacité de ce moyen; 3° dans les cas de lésions intestinales consécutives à l'étranglement herniaire, l'altération périphérique de la paroi ne permet pas théoriquement de compter sur la réussite de ce procédé.

Je ne ferai qu'une seule réponse à ces objections; la voici : les faits cliniques imposent le silence à ceux qui élèvent la voix contre la suture de l'intestin gangrené dans une petite portion de sa surface.

J'admets, en effet, comme mes contradicteurs, qu'on ne doit pas juger de l'homme au chien, et qu'il est illogique d'invoquer, pour faire admettre la suture chez

l'homme, un nombre considérable de succès obtenus sur les animaux, par d'habiles expérimentateurs. Mais ce n'est pas sur de tels faits que je m'appuie : c'est sur des observations cliniques empruntées aux chirurgiens que j'ai cités, et sur un cas que j'ai observé moi-même pendant mes études.

Je ne puis non plus admettre la seconde objection, parce que, pour moi, le nombre des succès obtenus chez l'homme, dans les circonstances que nous avons étudiées ici, est suffisamment grand pour entraîner la conviction de ceux qui jusqu'à présent ont hésité à employer la suture. Les cas de ligatures circulaires ont été suivis de succès, sauf le fait de M. Broca qui peut certainement rester douteux. Quant aux cas de sutures véritables, on m'objectera sans doute le fait malheureux de M. Verneuil; mais, m'en rapportant surtout à ce que j'ai vu de mes propres yeux, je n'en resterai pas moins convaincu que l'expédient le plus efficace et le plus exempt de dangers est de comprendre dans un point de la suture de Gély les petites perforations, ulcérations ou eschares de la paroi intestinale, survenues consécutivement à l'étranglement des hernies.

Les auteurs classiques n'ont pas attendu que l'accord à ce sujet fût parfait entre les chirurgiens, pour recommander la suture intestinale, tant ils étaient persuadés que ce moyen ne pouvait que rendre à l'occasion d'incomparables services. Aussi voyons-nous Vidal de Cassis (1), Nélaton (2), recommander le procédé de Cooper. Malgaigne (3) surtout, après s'être assuré sur

(1) Vidal, de Cassis, Traité de pathologie interne, t. IV, p. 238.
(2) Nélaton, Eléments de pathol. chirurg., t. IV, p. 293.
(3) Malgaigne, Manuel de médecine opératoire, p. 575.

un chien du mode d'action de la ligature circulaire, et s'être renseigné sur ce point, à savoir, ce que devenait le fil et la petite portion d'intestin séparée du reste de la paroi, dit qu'on peut imiter A. Cooper sans trop de crainte ; cependant il estime qu'on arriverait au même résultat, avec moins de péril encore, au moyen d'un point de suture perdue.

Quant aux auteurs qui, comme Velpeau (1), ont avancé que dans les cas d'ulcères, de solutions de continuité avec perte de substance, résultant de l'étranglement herniaire, on pouvait employer la suture, ils disent tous qu'il est convenable d'en régulariser préalablement les bords, pour les réduire à l'état de plaies simples. Je ne vois pas l'utilité de ce précepte, et je crois qu'il est préférable de ne point ouvrir davantage l'intestin. Puis, ils conseillent de choisir entre la suture du pelletier, la suture à anse et la suture à points passés. « C'est celle-ci, dit Velpeau, combinée avec les principes de M. Lembert, qui semble devoir l'emporter. »

Après avoir inventé la suture qui porte son nom, Gély (2) vit de suite qu'elle pourrait offrir de grands avantages dans les cas de gangrène herniaire, mais de suite aussi il vit bien qu'elle n'était pas applicable à tous les cas de gangrène. Aussi est-ce dans les lésions de petit diamètre qu'il la juge préférable ; mais, comme les autres chirurgiens, il conseille d'exciser auparavant pour ramener la lésion aux conditions d'une plaie ordinaire.

Dans tous les cas de gangrènes très-limitées de l'anse

(1) Velpeau. Médecine opératoire, t. IV, p. 141.

(2) J. Gély, Recherches sur l'emploi d'un nouveau procédé de suture, 1859, p. 50

intestinale comprise dans la hernie, gangrènes se montrant à l'état de points ou de toutes petites eschares ne mesurant pas plus de 5 millimètres, ou bien, à la suite de la chute de ces eschares, de petites perforations uniques ou multiples, c'est donc à la suture que nous aurons recours, et c'est la méthode par adossement des séreuses que nous adopterons. Parmi les divers procédés de cette méthode, aucun ne remplira mieux les conditions d'adaptation exacte des deux surfaces séreuses que le procédé du regrettable Gély. Dans la plupart des cas l'eschare offre des dimensions extrêmement restreintes, et, quand elles sont multiples, deux ou trois, par exemple, elles sont très-rapprochées les unes des autres et occupent une espace de quelques millimètres au plus. Alors un seul élément de la suture de Gély sera suffisant. On fera ce point en deux temps et en employant deux fils, comme cela a été fait dans l'observation que j'ai rapportée ou mieux, on ne se servira que d'un fil, on fera le point en un seul temps, et l'anse de fil qui sera formée à l'une des extrémités de la suture évitera un nœud.

Ainsi, on enfoncera l'aiguille transversalement à la direction du canal intestinal, à 4 ou 5 millimètres au dessus, en dehors et à gauche des petits points mortifiés, et on la fera ressortir à 4 ou 5 millimètres au dessus, en dehors et à droite des mêmes points ; on enfoncera de nouveau l'aiguille en dirigeant sa pointe transversalement vers la gauche, à 4 ou 5 millimètres au-dessous, en dehors et à droite des petites eschares, et on la fera ressortir à 4 ou 5 millimètres encore au-dessous, en dehors et à gauche des mêmes eschares ; en dernier lieu, on tirera les deux chefs en même temps, et l'anse de fil qui a été formée à droite, entre les deux trous d'aiguille,

serrera ce côté de la suture, puis on nouera les chefs et on les coupera au ras du nœud.

Au lieu d'exciser avec la pointe des ciseaux courbes la partie altérée de la paroi intestinale, commes certains le recommandent, on ne touchera en aucune façon à cette paroi, et on se contentera de déprimer avec le bout d'une spatule, d'une paire de ciseaux ou autre objet mousse, la portion d'intestin comprise entre les fils de la suture pour fermer le sillon extérieur et aider l'adossement des deux surfaces séreuses. Si l'eschare était plus étendue en longueur qu'en largeur, qu'elle eût, transversalement à la direction de l'intestin une forme linéaire en rapport avec la direction et la forme de l'anneau constricteur, ou si les eschares multiples étaient plus éloignées les unes des autres, il deviendrait nécessaire de former deux éléments de la suture de Gély. Dans ce cas, comme dans toutes les circonstances où le chirurgien se trouve dans la nécssité de pratiquerla suture de l'intestin, je crois qu'il y aurait avantage à adopter la simplification ingénieuse apportée à la suture de l'habile chirurgien de Nantes par mon maître, M. Daviers, d'Angers. Cette simplification qui rend la suture de Gély si facile à se rappeler et à exécuter, consiste dans l'emploi d'une seule aiguille et d'un fil ordinaire.

Dans les cas dont nous nous occupons ici, l'aiguille est enfoncée, la pointe dirigée vers la droite, transversalement à la direction du canal intestinal, à 4 ou 5 millimètres au-dessus, en dehors et à gauche des lésions ; on la fait ressortir après un trajet dans l'intestin de 5 millimètres environ. Alors on l'enfonce au-dessous des lésions toujours à une distance d'elles égale a 4 ou 5 millimètres environ, et en face du trou qu'elle vient de faire au des-

sus, et qui lui a donné passage; puis, on la fait ressortir à 4 ou 5 millimètres au-dessous, en dehors et à droite des points gangrenés.

La première moitié de la suture est faite : on repasse au-dessus d'eux pour revenir sur ses pas et faire l'autre moitié. Pour cela, on enfonce l'aiguille, la pointe maintenant dirigée vers la gauche, en face de la dernière ouverture de sortie, c'est-à-dire à 4 ou 5 millimètres en dehors et à droite, et on la fait ressortir à moins d'un millimètre du trou qui a été fait de ce côté par le passage de l'aiguille dans la première partie de la suture. On passe alors au-dessous, et on enfonce l'aiguille tout près, à moins d'un millimètre aussi, du trou qui existe de ce côté, et en face de celui par où l'aiguille vient de sortir. Enfin, l'aiguille ressort en dehors et à gauche, au niveau et en face du premier trou d'entrée. La seconde moitié de la suture est faite, et la suture est elle-même terminée. On n'a plus qu'à tirer les deux chefs du fil et à serrer, pour voir les deux surfaces séreuses s'adosser exactement. On noue les deux bouts et on les coupe au ras du nœud. Eschares, fil et nœud, tout disparaît et reste ainsi parfaitement caché.

III

Nous voici arrivé à notre troisième catégorie de gangrène, c'est-à-dire à celle qui comprend les cas intermédiaires aux deux groupes que nous venons d'étudier, et relatifs aux eschares de grandeurs très-différentes, variant depuis les plus petites, celles qui se rapprochent le plus des eschares punctiformes, jusqu'aux plus grandes

c'est-à-dire, jusqu'aux eschares comprenant la presque totalité de l'anse herniée.

Débarrassons-nous de suite de ces gangrènes très-étendues de l'intestin. Elles ressemblent trop aux cas extrêmes dont nous avons parlé, pour qu'il soit besoin de nous y arrêter longtemps. Et, en effet, quel genre de traitement se présente immédiatement à l'esprit à la vue de semblables désordres? L'ouverture immédiate de la portion sphacélée et la formation d'un anus artificiel, telles sont les seules indications qui soient à remplir en pareille circonstance.

On a pourtant encore jusque dans ces cas, proposé l'emploi de la suture, après l'excision préalable de la partie mortifiée. Gély surtout a cru que, même après avoir enlevé une portion du tube intestinal, de façon néamoins à ce qu'il reste encore la partie de la paroi qui adhère au mésentère, on pourrait aussi obtenir des succès avec son procédé de suture : « Toutefois, dit-il (1), pour appliquer avec succès cette méthode de suture, quelle que soit d'ailleurs l'étendue de la perte de substance, il importe de lui donner une forme spéciale et constante. Cette forme doit être celle d'un losange ou ellipse dont le grand diamètre correspondrait à l'axe de l'intestin, et se trouverait, au contraire, en rapport avec le diamètre transversal du tube dans son petit diamètre. Ce genre de plaie résulte naturellement de deux coups de ciseaux dirigés obliquement et en sens inverse, de manière à se rencontrer du côté du bord

(1) J. Gély, recherches sur l'emploi d'un nouveau procédé de luture contre les divisions de l'intestin, Nantes, 1844 p. 50, in-col-section in-8, vol. 214 (Faculté de médecine).

adhérent de l'intestin. La plaie étant ainsi disposée, si l'on infléchit cet organe sur lui-même, de manière à affronter ces deux coupes obliques, on parviendra facilement à les mettre dans un contact parfait, à l'aide de notre procédé. Dans les cas où la perte de substance ne comprendrait qu'un tiers de la circonférence du tube, on pourrait facilement, et sans changer sa forme, se borner à adosser, par l'inflexion de l'intestin, la demi-circonférence supérieure de la plaie avec l'inférieure. Dans les cas de perte de substance plus étendue, l'opération est plus longue et plus difficile; mais elle paraît exposer le malade à moins de dangers que ne le ferait l'existence d'un anus anormal. »

Malgré les assertions de l'habile chirurgien que je viens de citer, je ne crois pas qu'il soit permis de tenter un moyen si incertain, quand, par l'établissement d'un anus contre nature, on a beaucoup plus de chances de sauver le malade. Rejetons donc la suture dans ces cas, et recourons à l'anus artificiel.

Exemple. — Gangrène de l'intestin consécutive à l'étranglement d'une hernie inguinale.—Formation d'un anus contre nature. — Guérison.

La nommée Tessier (Marie), âgée de 43 ans, femme d'un cultivateur de Marcé (Maine-et-Loire), porte depuis douze ans une hernie inguinale du côté droit. C'est pendant une grossesse, sans effort, la malade étant assise et occupée à manger, que la hernie se produisit subitement. Cette femme fut alors visitée par un habile chirurgien d'Angers, M. le Dr Ouvrard, qui réduisit sa hernie et lui donna un bandage. Bien des fois depuis cette époque la malade vit sortir sa *tumeur* qui gardait son volume primitif, celui d'un œuf d'oie. La cause principale de ces fréquentes sorties de la hernie est, au dire de la malade, la distension de son ventre sous l'influence d'un météorisme auquel elle est très-sujette. Toujours est-il qu'elle la faisait rentrer facilement, lorsque le lundi, 14 juillet 1868, vers six heures

du matin, forcée de courir après des moutons qui s'étaient échappés, et de sauter un fossé, elle sentit son bandage se briser, fut prise immédiatement de coliques violentes, se rendit chez elle, se coucha et tenta inutilement de réduire elle-même sa hernie. Un médecin appelé aussitôt pratiqua le taxis à plusieurs reprises et avec une certaine violence (la malade dit qu'il *força trop son mal*), mais n'obtint aucun résultat. Le lendemain, mardi, la malade est prise de vomissements; ce médecin ordonne de l'huile de ricin, des bains et des lavements. Le jeudi, n'ayant retiré aucun soulagement du traitement indiqué, la malade fit appeler un autre médecin qui tenta le taxis, mais peu de temps et avec de grands ménagements. Voyant ses essais infructueux, il fit donner à la malade un lavement au sel marin, et dit au mari de s'occuper de faire entrer le plus tôt possible sa femme à l'Hôtel-Dieu d'Angers. Les jours suivants, les vomissements d'abord bilieux, verdâtres, fades, prirent bientôt une odeur stercorale, devinrent fécaloïdes et continrent des lombrics rendus au nombre de neuf en plusieurs fois. Aucune selle, le ventre se ballonna, l'anxiété devint extrême; la malade entra à l'hôpital le mardi, 21 juillet à 9 heures, du matin. On l'opéra immédiatement; l'intestin trouvé gangréné sur presque toute la convexité de l'anse, fut incisé, et, après l'écoulement des matières, deux points de suture unirent les bords de la plaie intestinale aux bords de la plaie de la paroi abdominale; l'anus contre nature ainsi établi permit à la partie supérieure de l'intestin de se dégorger des matières et des gaz qui le distendaient. — Large cataplasme sur le ventre renouvelé plusieurs fois dans la journée. Bouillons, potion au sirop de morphine.

Mercredi 22, matin. Les matières s'écoulent par la plaie en grande abondance; la malade est très-soulagée; fièvre.

Soir. Plusieurs lombrics sont sortis par l'anus artificiel; la malade se trouve bien.

Jeudi, 23, matin. État satisfaisant; un verre de limonade de Roger.

Soir. Vomissements très-abondants; nausées presque continuelles pendant la journée; météorisme considérable; gêne très-grande de la respiration. (Deux ou trois tasses d'infusion de camomille). Aussitôt évacuation de gaz en grande abondance par la bouche, la plaie et l'anus; soulagement subit de la malade.

Vendredi 24, matin. Le ventre qui s'est affaissé laisse apercevoir à travers ses parois les circonvolutions de l'intestin et ses mouvements péristaltiques. Introduction dans le bout supérieur d'une sonde de gomme élastique par laquelle sort une assez grande quantité de

matières liquides et jaunâtres; excision de quelques lambeaux sphacélés de l'épiploon; aspect satisfaisant de la plaie; état général bon. — Lavement d'eau miellée.

Soir. Léger ballonnement du ventre; le lavement n'a pu être pris par la malade. Pendant la journée, sortie par la plaie de matières et de gaz en grande abondance, ainsi que de quelques lombrics que l'infirmière est obligée de tirer de l'intestin.

Samedi, 25, matin. État satisfaisant. Pas de fièvre; la malade se trouve bien, mais est très-faible et demande des aliments; elle ne rend rien par l'anus, mais elle dit éprouver souvent le besoin de le faire. — Deux potages, vin de Bordeaux sucré.

Soir. La faiblesse est moins grande; les aliments ont bien passé; pas de fièvre; vents par l'anus; écoulement facile des matières par la plaie; point de lombrics.

Dimanche, 26 matin. État très-satisfaisant; plus de fièvre du tout; les matières ne sont plus liquides, mais offrent davantage de consistance. — 4 potages, œufs au lait, bouillon.

Soir. La journée s'est très-bien passée.

Lundi, 27. Excellente journée. La malade dort bien; on supprime la potion calmante.

Mardi, 28, soir. La malade se sent gênée; elle a de l'oppression; le ventre est légèrement ballonné; aucune matière n'est sortie par la plaie; point de fièvre.

Mercredi, 29, matin. La débâcle qui s'est produite à la pointe du jour a considérablement soulagé la malade, qui néanmoins est un peu fatiguée.

Soir. Jamais la malade ne s'est mieux trouvée; les matières ont coulé avec abondance.

Jeudi, 30. État général très-bon; on reconnaît dans les matières des grains de riz non digérés.

Vendredi, 31. Déjà le bout inférieur n'est plus visible. M. Daviers le cherche avec une sonde de femme pendant quelque temps sans pouvoir le trouver; à la fin il le trouve logé sous le bout supérieur, et excessivement rétréci; il y introduit une tente de charpie, à la manière de Desault, pour le dilater. On commence à donner de la viande à la malade.

Samedi, 1er août. La malade est un peu gênée vers la soirée, parce qu'elle n'a rendu aucune matière; néanmoins le ventre n'est pas ballonné, il est souple. — Soir, la malade est plus gênée.

Dimanche, 2, matin. La nuit a été mauvaise; la malade n'a encore rien rendu; même gêne.

Soir. Soulagement énorme à la suite d'évacuations abondantes.

Lundi, 3. État excellent.

Mardi, 4. La malade ayant mangé de la viande très-lourde, a eu une indigestion ; elle a vomi deux ou trois fois. Aliments légers, œufs, potages.

Mercredi, 5. État satisfaisant.

Jeudi, 6. La malade a eu quelques petites coliques dans la journée, mais les déjections les ont calmées.

Vendredi, 7. La malade se trouve assez bien.

Samedi, 8. Elle éprouve des coliques toute la journée.

Dimanche, 9, matin. Les coliques sont excessivement violentes; la malade n'est pas bien; elle n'a rendu aucune matière depuis la veille. Le ventre distendu laisse apercevoir les circonvolutions intestinales qui se dessinent parfaitement. Oppression, anxiété. La plaie examinée montre que le bout supérieur se rétrécit, que c'est probablement cette atrésie qui est la cause de la rétention des matières. Une mèche est introduite dans le bout supérieur comme dans l'inférieur, mais ne produit aucun effet.

Vers midi, on me fait appeler. La malade souffre atrocement; elle vomit sans cesse ; sa face est grippée. J'introduis une grosse sonde de gomme élastique dans le bout supérieur. Aussitôt s'écoule une énorme quantité de matières liquides (3 bassins). La malade est soulagée immédiatement, mais il reste encore des gaz en assez grande quantité, de telle sorte que l'oppression n'est pas sensiblement diminuée. Infusion de camomille; frictions sur le ventre avec l'huile de camomile camphrée.

A 6 heures, j'introduis de nouveau la sonde; j'obtiens encore un plein bassin de matières, et une grande quantité de gaz sort par la plaie. Je laisse la sonde dans l'intestin pendant la nuit.

Lundi, 10 août, matin. — La malade est mieux; pendant qu'elle se soulève pour qu'on la change, une énorme quantité de matières part (la sonde n'étant plus dans le bout supérieur), et inonde le lit. Deux mèches sont introduites, l'une dans le bout supérieur, l'autre dans l'inférieur.

Soir. J'ai l'idée d'introduire dans le bout supérieur un morceau de drain de la grosseur et de la longueur du doigt; je l'y laisse en ayant soin de le fixer à la paroi abdominale au moyen d'un fil passé dans un petit œil fait sur le côté de l'extrémité externe. Les matières s'écoulent parfaitement par ce tuyau, que le chef de service approuve, et désormais la rétention des matières ne se produit plus et n'occasionne plus les accidents précédemment énumérés.

Depuis cette époque, tout marche pour le mieux : l'appétit de la malade est excellent ; elle a aujourd'hui trois portions ; elle mange même trop avidement, car une fois, après avoir fait un repas copieux dont le dessert se composait d'un morceau de cette galette épaisse et lourde que les paysans fabriquent lorsqu'il boulangent, morceau qu'on lui avait apporté de son pays, les matières trop consistantes ne purent passer par la lumière du conduit de caoutchouc, et les accidents dus à leur rétention se produisirent de nouveau ; heureusement ils furent de courte durée.

L'aspect de la plaie n'est plus du tout le même ; les bouts de l'intestin qui pendant quelque temps demeurèrent presque au niveau des bords de la plaie, se sont insensiblement retirés vers la cavité abdominale en se rapprochant l'un de l'autre, et en tirant avec eux les lèvres de la plaie dont l'ouverture est par là considérablement diminuée. L'éperon qui, au début, était énorme et couvert de bourgeons charnus épais et mollasses, a énormément diminué de volume, au point de se transformer en une simple cloison. Il s'ensuit que les orifices des deux bouts très-distincts au commencement, ne le sont plus aujourd'hui, et qu'il est très-facile de se tromper en introduisant le drain et la mèche. En un mot, il suffit de considérer la plaie pour se convaincre que tout semble préparé à une guérison prochaine. Le contact des matières avec la peau a amené une éruption pustuleuse. Ce léger accident est combattu au moyen de la poudre d'amidon semée sur les parties environnantes, et qui, outre qu'elle dessèche les pustules, sert encore de corps isolant et empêche le contact des liquides irritants.

Le 12 septembre avant mon départ en vacances, voici quel est l'état de la malade : La plaie est énormément rétrécie ; la malade se porte parfaitement, on ne peut la rassasier. Pendant mon absence, il se passe plusieurs faits que j'apprends à mon arrivée.

Le samedi, 26 septembre, l'entérotome de Dupuytren a été appliqué sur une étendue de trois centimètres environ.

Le cinquième jour, le jeudi, 1er octobre, il tombe, et dans la nuit du même jour, la malade sent des vents sortir par l'anus. Le vendredi matin, 2, on place un conduit de caoutchouc allant du bout supérieur dans l'inférieur, dans le but de rétablir le cours des matières fécales, et de les faire cheminer vers le rectum. Deux heures après, la malade voyant que les matières n'en continuent pas moins à sortir par la plaie, et jugeant par là, mais à tort, de l'inutilité de l'appareil, l'enlève, et prévient du fait, à sa contre-visite, l'interne du service qui ne replace point le tube. Le lendemain, 3, le chef de service le remet

et ordonne un lavement huileux par le rectum. Ce lavement produit peu d'effet ; la malade fait de grands efforts de défécation dans lesquels le tuyau non assez solidement fixé à la paroi abdominale, est avalé, croit-on, par l'intestin. La malade ne s'aperçoit pas de sa disparition, et le lendemain, à la visite, on le cherche partout inutilement. Lavement purgatif par le rectum ; selles abondantes.

Lundi matin, 5 octobre, autre lavement purgatif qui produit autant d'effet que celui de la veille.

Mardi soir, 6, troisième lavement purgatif ; pas d'effet immédiat. La malade est très-gênée toute la nuit ; insomnie complète.

Mercredi matin, 7, un nouveau lavement est ordonné ; mais, avant son administration, les matières partent spontanément en grande quantité par le rectum.

Soir. Le lavement du matin est donné par la plaie et produit des selles pendant la nuit.

Aucune trace de tuyau dans toutes ces déjections.

Vendredi, 9, la malade a eu des coliques toute la journée et des selles diarrhéiques nombreuses. La plus grande partie des fèces sort par le rectum ; une très-petite quantité seulement est rendue par la fistule. Depuis cette époque, la malade se porte parfaitement, mange d'un excellent appétit, est levée pendant la plus grande partie de la journée, et se promène dans les couloirs. Un spica de l'aine assez fortement serré empêche les matières de se répandre par la plaie, tout en exerçant sur celle-ci une compression favorable à sa cicatrisation.

Quelque temps après, la fistule n'est plus qu'une fistulette donnant issue seulement à quelques gaz. La malade, qui se porte aussi bien que toute autre personne et s'ennuie à l'hôpital, ne veut pas attendre sa complète guérison, et demande à retourner dans son village. J'ai appris depuis, par l'intermédiaire de la sœur du service où elle avait séjourné à l'hôpital, que la fistule était entièrement fermée, et que notre ancienne malade se portait aujourd'hui parfaitement.

Dans les cas de gangrènes étendues nous pratiquerons donc l'anus contre nature, mais, quand l'eschare aura des dimensions moindres, que faudra-t-il faire ? Ici encore on a proposé l'excision de la partie qui est le siége de l'altération morbide, et l'occlusion de cette solution de continuité par la suture. On est même allé jusqu'à réduire et conseiller, dans ces cas, la réduction simple

de l'intestin. Petit, Desault, Lawrence donnent pareil conseil, Desault surtout, et pour cela il s'appuie sur sa vaste expérience. En opérant une hernie, il trouve une eschare à l'intestin d'un pouce de diamètre. Il réduit sans passer de ligature dans le mésentère, et aucun symptôme subséquent n'indique la séparation de la partie gangrénée. Il croit que l'inflammation des environs de l'eschare les avaient agglutinés aux parois de l'abdomen, et que la partie gangrénée était tombée dans le canal intestinal (1).

Malgré l'autorité de la parole de Desault et des autres chirurgiens qui ont embrassé sa manière de voir, je crois qu'il faut être complètement sourd à des conseils aussi dangereux.

Pour moi, je ne vois que deux partis à prendre suivant les circonstances. Si, par exemple, la gangrène est évidente, si l'eschare doit certainement être éliminée, le mieux est, à mon avis, d'ouvrir immédiatement l'intestin et de former un anus contre nature. On fait ainsi gagner du temps au malade. Mais si la mortification n'est pas parfaitement caractérisée, si l'eschare n'est pas nettement tranchée, il vaut mieux attendre le résultat du travail de la nature, et, pour cela, réduire l'anse intestinale en prenant soin de retenir à l'anneau la portion altérée. C'est le parti le plus sage, car si l'altération morbide continue ses progrès. et si l'eschare se détache, les matières intestinales au bout de quelques jours s'écouleront par la plaie : des adhérences auront eu le temps de s'établir pour s'opposer à l'épanchement inter-abdominal, dans le cas où l'intestin rentrerait peu-à-peu

(1) Lawrence. Traité des hernies, 1818, page 37.

spontanément. Si, au contraire, le travail pathologique s'arrête dans sa marche, et si l'intestin ne se perfore pas, la réduction se complète d'elle-même insensiblement, et le séjour de l'intestin dans la plaie n'a pas eu d'inconvénients.

En un mot, c'est la méthode du maintien à l'anneau qu'on emploiera dans ce cas, et, en agissant ainsi, on ne fera que suivre l'exemple d'un bon nombre de chirurgiens de ce siècle et du siècle dernier. Tous retenaient l'intestin à l'anneau, mais les uns le fixaient au moyen d'une ligature, et les autres se contentaient de le réduire en prenant soin de placer la partie mortifiée en regard de l'orifice herniaire. Déjà Ledran (1) ne fixait plus l'intestin par la ligature. Pendant une opération de hernie étranglée, il trouva l'intestin gangréné; il réduisit l'anse herniée sans passer de ligature à travers le mésentère. Le onzième jour après la réduction l'intestin s'ouvrit, les fèces passèrent par la plaie et le malalade guérit. « L'expérience, dit Ledran, m'a convaincu que l'on peut omettre la ligature du mésentère, quand l'intestin s'est ouvert ou est sur le point de s'ouvrir par la mortification, parce que l'inflammation qui précède toujours, produit l'adhérence de l'intestin. »

Astley Cooper (2) rapporte que dans une opération de hernie inguinale étranglée, on excisa une partie de l'épiploon, et on passa dans la partie restante une ligature qui fut nouée lâchement. Cette portion d'épiploon fut maintenue avec l'intestin à l'orifice du sac herniaire à raison des craintes qu'inspirait l'état de ce dernier. La malade eut des selles régulières pendant neuf jours,

(1) Ledran. Observations de chirurgie, observation 59e.

(2) A. Cooper. Œuvres chirurgicales, observ. 223e, p. 256.

mais le dixième les matières fécales s'échappèrent par la plaie, bien qu'elles continuassent en partie à suivre la route naturelle. Cet état dura pendant onze semaines. Au bout de ce temps la plaie se cicatrisa, et les matières reprirent leur cours normal. La perte de substance du cylindre intestinal fut probablement réparée par l'adhérence de la surface interne du sac avec l'intestin.

M. Watson (1) trouva l'intestin gangréné dans un espace ovale d'un demi-pouce de long ; il réduisit en dirigeant la portion mortifiée du côté de la plaie. Les fèces parurent le troizième ou le quatrième jour, mais peu après elles reprirent leur cours naturel, et le malade guérit.

Donc, dans les cas d'eschares assez étendues de l'anse intestinale, on pourra, si on ne crée pas un anus artificiel, réduire l'intestin en ayant soin de retenir la portion altérée à l'anneau, et, comme la prudence exige qu'on l'y fixe, on fera mieux, au lieu de passer un fil à travers le mésentère, de traverser l'anse elle-même, dans la partie mortifiée.

Si, enfin, les eschares beaucoup plus restreintes ont un diamètre qui ne dépasse pas 8 à 10 millimètres, on pourra les considérer comme se rapprochant assez des toutes petites eschares qui forment la première catégorie de gangrènes intestinales, pour avoir le droit de les traiter de même.

Ainsi, on pourrait, je crois, mais je n'ai pas d'exemple à produire, employer contre elles la suture de Gély, faite selon les règles posées par Gély lui-même, ou simplifiée de la façon que j'ai décrite précédemment.

(1) Medical communications, volume II, page 102.

CONCLUSIONS.

Lorsque, en faisant l'opération de la hernie étranglée, je rencontrerai la gangrène de l'intestin, je chercherai de suite à me rendre un compte exact de son étendue, et j'examinerai en même temps l'état des parties environnantes.

Alors je conformerai ma conduite aux règles suivantes :

1° Si la gangrène comprend la totalité de l'anse herniée, j'ouvrirai largement l'intestin et établirai un anus contre nature.

2° Si la gangrène est très-étendue, et comprend une grande partie de la circonférence du tube intestinal, je formerai encore, sans hésiter, un anus contre nature.

3° Si la gangrène est d'étendue moyenne, et si le diamètre de l'eschare reste au-dessus de un centimètre, je ferai un anus artificiel, si l'élimination de la partie mortifiée est certaine ou sur le point de s'effectuer ; mais, si l'altération morbide n'est pas très-nettement accusée, et si, d'un autre côté, il n'existe pas d'adhérences au collet du sac, je réduirai l'anse intestinale en retenant la partie malade à l'ouverture de l'anneau.

Dans cette manœuvre j'éviterai de suivre les conseils

de ceux qui prétendent que, pour maintenir l'intestin, toute ligature est inutile : la prudence ordonne d'employer un fil pour assujettir l'anse intestinale dans la plaie; mais, au lieu de le passer dans le mésentère, je traverserai l'intestin lui-même dans la partie qui paraît gangrenée, et je fixerai les deux chefs sur les téguments au moyen de morceaux de diachylon.

4° Si la gangrène est d'étendue restreinte, et si les dimensions de l'eschare ne dépassent pas un centimètre, si, d'autre part, les parties voisines sont manifestement saines, je me croirai en droit de tenter la suture. Je n'exciserai point préalablement la partie mortifiée, mais je l'emprisonnerai dans un double point de la suture de Gély, faite avec une seule aiguille et un seul fil; puis, je réduirai l'intestin en laissant à l'anneau la partie sur laquelle je viendrai d'appliquer la suture.

5° Enfin, si la gangrène est limitée à des *points* seulement, de diamètres divers, mais n'excédant pas 5 millimètres, s'il existe de petites perforations à la suite de la chute de ces petites eschares, ou de l'ulcération de la paroi intestinale résultant de la constriction excessive de l'anneau, alors, m'appuyant sur des faits cliniques positifs et des succès certains, j'emploierai avec confiance la suture de Gély, et je renfermerai dans un seul élément de cette suture le point mortifié, qui, par d'autres moyens, eût été pour moi une source de craintes; soit que, réduisant purement et simplement l'anse intestinale, j'eusse à redouter l'épanchement dans le péritoine; soit que, réduisant, mais fixant dans la plaie la partie altérée, j'eusse plus tard à combattre, si l'intes-

tin s'ouvrait spontanément à la chute de l'eschare, une nouvelle affection, l'anus anormal, affection dégoûtante et parfois rebelle à tout genre de traitement. La suture faite, je réduirai l'anse herniée en prenant la précaution de laisser à l'anneau la partie suturée, afin de l'avoir toujours sous la main, si des accidents consécutifs venaient me forcer à détruire la suture et à établir un anus artificiel.

QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Anatomie et histologie normales. — Articulations de la colonne vertébrale.

Physiologie. — Des usages du nerf grand sympathique.

Physique. — Chaleur animale.

Chimie. — Des combinaisons du phosphore avec l'oxygène; propriétés et préparations des acides phosphoreux et phosphorique.

Histoire naturelle. — Caractères distinctifs des batraciens; comment les divise-t-on? De la grenouille, du crapaud; leurs produits.

Pathologie externe. — Des luxations de l'astragale.

Pathologie interne. — De l'ulcère chronique simple de l'estomac.

Pathologie générale. — De la contagion et de l'infection.

Anatomie et histologie pathologiques. — De l'hypertrophie glandulaire.

Médecine opératoire. — Du mode d'application des caustiques minéraux.

Pharmacologie. — Du vinaigre de vin; quelles sont les altérations qu'on lui fait subir, et des moyens de les reconnaître? Quels sont les principes que le vinaigre enlève aux plantes? Comment prépare-t-on les vinaigres médicinaux?

Thérapeutique. — De l'accoutumance en thérapeutique.

Hygiène. — Des pays chauds.

Médecine légale. — Quelle est la valeur relative des faits sur lesquels un expert peut se fonder pour affirmer qu'il y a eu empoisonnement?

Accouchements. — Des vomissements incoercibles.

Vu bon à imprimer,

DENONVILLIERS, Président.

Permis d'imprimer,

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

A. MOURIER.